6. - DZAOUDZI (Mayotte). — Hôpital

MÉDECINE et SANTÉ à Mayotte et dans sa région du XIXe siècle à nos jours

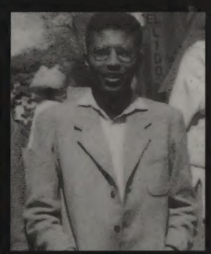


Santé et assistance médicale

ARRÊTÉ

rattachant l'hôpital de Dzaoudzi (Comores) au service de l'assistance médicale indigène et fixant le prix de la journée d'hospitalisation dans cette formation sanitaire.

Le Gouverneur des colonies, délégué dans les fonctions de Gouverneur Général de Madagascar et Dépendances, officier de la Légion d'honneur,





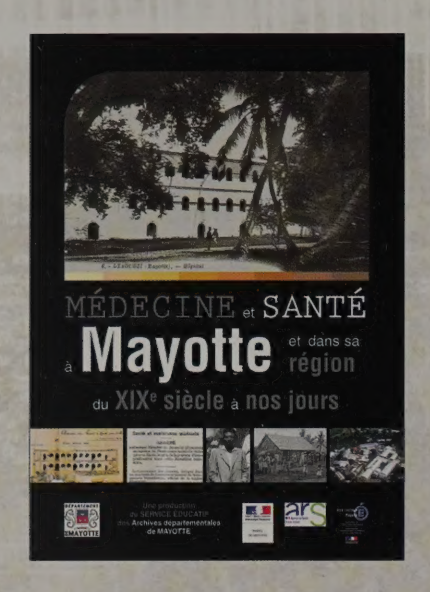


Une production
du SERVICE ÉDUCATIF
des Archives départementales
de MAYOTTE











Partager l'expérience et le travail de nos ancêtres en matière de médecine et de santé est une démarche difficile dans une société comme la nôtre, caractérisée par la communication orale. Néanmoins, cette démarche est souhaitable, voire nécessaire, pour restituer notre mémoire collective. C'est l'esprit de ce nouveau dossier pédagogique.

Riche et longue, cette histoire se dessine à travers plusieurs thèmes dont les contours sont étroitement liés à l'évolution politique de notre territoire et sa place au sein de la région. La mise en place du système de santé, les politiques sanitaires, l'engagement du personnel de santé mahorais, la méfiance de l'administration envers la médecine traditionnelle, etc., sont autant de points essentiels que nous avons souhaité soulever dans ce dossier.

Véritable support pédagogique, ce dossier est essentiellement destiné aux jeunes de notre île. À présent, il leur revient de s'approprier et de traiter cette histoire dans un domaine peu ou pas du tout connu du grand public.

Daniel Zaïdani
président du Conseil général de Mayotte

.../...

En matière de santé publique, notre jeune département doit relever maints défis. Pour améliorer la santé des Mahorais, je préconiserais certaines orientations.

Non seulement, il est utile de continuer les efforts consentis pour enrayer les grandes endémies tropicales (paludisme, tuberculose, lèpre, filariose...), mais surtout les accentuer.

Parmi les mesures à prendre pour que notre île n'ait plus à souffrir de ces épidémies, il est nécessaire de sensibiliser la population à maintenir une bonne hygiène du milieu, un habitat salubre, une hygiène corporelle, etc. Éduquons donc la population pour qu'elle adhère et participe à ce combat de tous les jours. Par ailleurs, fournissons les outils aux associations pour intéresser le grand public à ces questions. Impliquons davantage les municipalités pour qu'elles conduisent une politique sanitaire de proximité, notamment à travers les débats publics. Et, enfin, donnons les moyens aux PMI pour mener des campagnes de vaccination massives.

Depuis les années 1970, de nombreuses dispositions ont été prises pour enrayer diverses maladies tropicales. Néanmoins, il reste encore beaucoup de chemin à parcourir avec l'implication de tout un chacun.

Docteur Martial Henry
président du Conseil de surveillance
du Centre hospitalier de Mayotte



Une production du SERVICE ÉDUCATIF
des Archives départementales
de MAYOTTE

ISBN : 978-2-919730-10-0

1

Le pays des “fièvres”

« Là-bas, sur les rives empestées de l’Atlantique,
vous rencontrerez le redoutable sphinx de la Malaria, pernicieux Protée,
le fantôme délirant du Typhus, le spectre livide et glacé du Choléra,
le masque jaune du Vomito negro.
Défiez-vous ! De la terre et des eaux s'exhale un souffle empoisonné... » [1]

[Lire la suite à l’intérieur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1884 — THÈSE N° 210

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 8 mai 1884, à 1 heure

Par ACHILLE VAUDEIN

Né à Saint-Pierre (Martinique), le 1er juin 1856.

DE LA FIÈVRE BILIEUSE MÉLANURIQUE
OBSERVÉE A MAYOTTE

Président : M. LABOULBÈNE, *professeur*.

Juges : MM. { BOUCHARDAT, *professeur*, QUINQUAUD, BLANCHARD, *agrégés*.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l’enseignement médical.

PARIS
ALPHONSE DERENNE
52, boulevard Saint-Michel, 52
1884



Première de couverture de la thèse d’Achille Vaudein en 1884.

• ADM. Bibliothèque patrimoniale. in 4°/18

Médecine et santé à Mayotte et dans sa région, du XIXe siècle à nos jours

I- Le tombeau de l'homme blanc ?

AU XIXE SIÈCLE, dans l'imaginaire européen, l'Afrique est un continent au climat malsain où dominent les fièvres, les maladies étranges : c'est l'image du "tombeau de l'homme blanc". Les diverses affections des pays chauds éclaircissent les rangs des colons et des soldats qui s'installent dans des colonies réputées pour leur insalubrité et contrecarrent la pénétration européenne sur le continent. Des épidémies meurtrières frappent régulièrement et marquent les esprits : ainsi, de 1878 à 1881, plus de la moitié de la population européenne du Sénégal est emportée par une épidémie de fièvre jaune et, en 1895, le corps expéditionnaire envoyé par la France à Madagascar perd 25 hommes au combat mais plus de 5 000 par suite des "fièvres". Mayotte est, de ce point de vue, représentative de cette réalité tropicale.

La mauvaise réputation de Mayotte

Les témoignages dont nous disposons présentent un tableau assez sombre des conditions de salubrité, en particulier au milieu du XIXe siècle. Les débuts de la présence française sont marqués par une forte mortalité. Selon l'auteur d'un traité sur les maladies tropicales, qui reprend les statistiques de l'hôpital de Dzaoudzi, l'année 1849 aurait été particulièrement désastreuse. Sur environ 2 900 admissions, 93 % étaient motivées par le paludisme. Il y a 53 décès sur une population "européenne et assimilée" estimée à 543. [2]

Près de vingt ans plus tard, Alfred Gevrey, dans son *"Essai sur les Comores"*, cite longuement le docteur Daullé en poste à Nossi-Bé et à Mayotte en 1856-1860 et qui y consacre sa thèse de médecine en 1857 : *« Pas plus à Mayotte que dans les autres pays chauds où les maladies paludéennes existent à un degré élevé, l'Européen ne peut songer à jouir longtemps de l'intégrité de sa santé. Les individus des autres races et des autres pays y sont atteints, après un temps plus ou moins long, des mêmes affections. [...] Il n'y a pas un seul colon ou employé qui ne porte sur sa physionomie l'empreinte des affections viscérales consécutives aux fièvres marématiques réitérées. Chez plusieurs, la cachexie est très prononcée. Les malheureux, parvenus à cet état, ont encore l'aveugle courage de se dire acclimatés parce qu'ils ont eu mille fois la fièvre et que la fièvre ne les a pas tués ! Voilà ce que c'est que l'acclimatement à Mayotte. La première année se passe facilement, malgré les accès de fièvre souvent nombreux ; mais après cela, le sang s'appauvrit, l'intelligence s'use de la même manière que le corps ; les travaux sont pénibles, on est alourdi, paresseux, tout ce qu'on fait est empreint de mollesse ; les sens sont émoussés ; certaines facultés diminuent d'une manière déplorable, la mémoire surtout ; on vit dans une sorte de torpeur ; les fonctions de la vie de relations sont embarrassées de la même manière que celle de la vie organique ; le mouvement vital est constamment attaqué dans sa source. [...] Un seul parti reste à prendre : la fuite ; encore ne faut-il pas trop attendre, car les remèdes échapperaient contre une constitution ruinée, des viscères atones, des muscles inertes et une innervation ayant perdu son rythme physiologique. »* [3]

À la fin du XIXe siècle, un médecin de la Marine estime que « *Mayotte est des trois Comores que nous avons visitées, la plus malsaine, celle où le paludisme fait le plus de victimes et où par conséquent l'Européen a le plus de peine à vivre. L'existence serait pour lui plus facile et soumise à moins de chances de destruction s'il fixait son établissement à Anjouan et à la Grande Comore.* » [4]

La mortalité à Mayotte dans les années 1860-1890

Les données tirées des documents viennent-elles confirmer cette image ? L'état civil des populations autochtones étant inexistant jusqu'à une date récente, il est quasiment impossible d'avoir une idée précise de la natalité, de la mortalité, et, a fortiori, des causes de mortalité pour

---

* Pour l'ensemble du dossier, l'orthographe des documents originaux cités a été conservée.

cette catégorie de la population. Les chiffres donnés par les administrateurs, malgré leur apparente précision, sont sujets à caution jusqu'aux recensements de la deuxième moitié du XXe siècle. Les seuls habitants bénéficiant d'un état civil, et donc sur lesquels nous pouvons fonder une analyse, sont les fonctionnaires, les colons, les ouvriers et employés d'habitation, les soldats de la garnison, les commerçants. C'est une petite minorité concentrée pour l'essentiel sur le rocher de Dzaoudzi.

Nous disposons ainsi d'une série continue d'actes de décès depuis 1860. Le dépouillement systématique des trente premières années donne quelques éléments d'information. On constate tout d'abord une forte mortalité jusqu'au début des années 1880. Le total des décès pour la période s'élève à 343, soit une moyenne de 11 par an. Certaines années les chiffres doublent comme en 1863 (épidémies de dysenterie et de rougeole) et 1880. Après avoir atteint un maximum en 1877-1880, le nombre de décès diminue par la suite.

Rapporté à une population que l'on peut estimer en moyenne à 150-200 habitants, on atteint un taux de mortalité de 55 à 73 °/oo. C'est un chiffre très élevé, le double ou le triple des taux métropolitains à cette époque, a fortiori pour un groupe relativement jeune, car une bonne partie est constituée de soldats de la garnison. Pour la période 1860-1889, la moyenne d'âge des décès des adultes de plus de 15 ans est de 36 ans environ, en augmentation sur la période. L'autre caractéristique est la saisonnalité des décès : les trois premiers mois de l'année, en pleine saison des pluies, concentrent 51 % des décès (176 sur 343) en lien avec les épisodes de paludisme.

Récapitulation des mouvements de l'hôpital de Dzaoudzi (4e trimestre 1857) et transcription ci-dessous.

• ANOM. MAD. 230/501

DÉSIGNATION des CORPS	NOMBRE de MALADES							NOMBRE de JOURNÉES
	Restant au 30 septembre 1857	Entrés	TOTAL	Sortis	Morts	TOTAL	Restant au 31 décembre 1857	
Infanterie de Marine	-	19	19	18	-	18	1	158
Artillerie de Marine	-	5	5	4	-	4	1	24
Compagnie indigène	-	16	16	12	1	13	3	167
Bâtiments de l'État	-	12	12	12	-	12	-	158
Concessionnaires	-	5	5	4	-	4	1	61
Employés des concessions	2	26	28	24	2	26	2	237
Engagés des concessions	15	33	48	35	3	38	10	1160
Agents du Service local	1	1	2	2	-	2	-	22
École des garçons, école des filles, Noirs de la geôle et indigents	1	14	15	9	3	12	3	211
Culte	-	3	3	3	-	3	-	19
Génie	-	1	1	1	-	1	-	4
Bâtiments du commerce	-	1	1	1	-	1	-	14
	19	136	155	125	9	134	21	2235

II- Les maladies endémiques

CE QUI FRAPPE à Mayotte comme aux Comores, c'est la permanence des mêmes affections pendant la plus grande partie de notre période, témoignage de l'impuissance de la médecine et de la persistance de conditions socio-économiques peu favorables. Dans sa thèse soutenue en 1866 [5], Alfred Grenet nous donne des indications sur l'activité de l'hôpital de 1861 à 1865. Sur 2 126 entrées, 936 (44 %) sont motivées par les "fièvres paludéennes" simples ou associées à d'autres affections. Les admissions portent ensuite par ordre d'importance sur les plaies et abcès divers, les maladies de l'appareil respiratoire, la dysenterie, la syphilis et les maladies de l'appareil génito-urinaire. Fièvres et dysenterie sont les deux plus importantes causes des décès constatés à l'hôpital pendant cette période (46 % du total) .

.../...

Les **"fièvres"** sont donc le principal dangers des séjours dans les colonies. Faute de pouvoir en expliquer l'origine et établir un diagnostic sûr, la médecine du XIXe siècle décrit et classe en fonction de la symptomatologie, jargonne... et reste généralement impuissante. L'incertitude conduit à des typologies qui n'ont pas grande signification. On parle de fièvres inflammatoires, bilieuses, muqueuses, malignes et putrides. D'autres classifications sont utilisées en fonction de leur durée et de leur périodicité (fièvre continue, intermittente...).

Souvent mentionné sous le nom de "fièvre intermittente", le paludisme est la grande endémie de Mayotte et de sa région à l'exception de la Grande Comore qui semble indemne de paludisme jusqu'au début du XXe siècle par suite de la rareté de l'eau dans cette île. Cette maladie est due à un parasite du globule rouge, l'hématozoaire, transmis à l'homme par un moustique. Les accès de fièvre ont lieu tous les deux (fièvre tierce) ou trois jours (fièvre quarte). Deux complications sont particulièrement graves : l'accès pernicieux et la fièvre bilieuse hémoglobinurique (destruction massive des globules rouges).

Avant la découverte en 1880 de l'hématozoaire du paludisme par Alphonse Laveran et de son vecteur, le moustique, une vingtaine d'années plus tard, l'incertitude demeure sur cette maladie que l'on attribue aux caractéristiques du milieu local. La fièvre paludéenne est ainsi définie en 1868 comme « *une maladie infectieuse qui reconnaît pour cause essentielle un miasme spécifique résultant de l'action de la météorologie propre aux climats torrides sur le sol de nature palustre de certaines localités.* » [6] En 1884 encore, et malgré les travaux de Laveran, le docteur Vaudein, dans sa thèse sur *"La fièvre bilieuse mélanurique observée à Mayotte"* évoque parmi ses *« causes prédisposantes, l'usage immodéré de l'alcool, les excès génésiques et l'onanisme. »* [7]

Si le paludisme est loin d'être inconnu en Europe où de nombreuses régions restent endémiques jusqu'au XXe siècle, c'est un véritable fléau dans la zone intertropicale. En 1903, dans l'ensemble des colonies françaises, sur 23 000 Européens des troupes coloniales, 8 600 sont frappés par cette affection. Le traitement préventif et curatif repose, au XIXe siècle, sur la quinine, synthétisée en 1820 par Pierre Pelletier et Joseph Caventou.

.../...

Les maladies gastro-intestinales, dysenterie, diarrhées et coliques font aussi partie des maux les plus courants auxquels doivent faire face Européens et Indigènes. La "colique sèche", longtemps objet de controverses, est finalement associée, à partir de la deuxième moitié du XIXe siècle, à un empoisonnement par le plomb (saturnisme). Maladie contagieuse, la dysenterie frappe régulièrement dans la région. On en distingue deux types en fonction de l'agent causal : la dysenterie bacillaire et la dysenterie amibienne. Cette dernière peut se compliquer en abcès du foie. Elle provoque 19 décès à l'hôpital de Dzaoudzi en 1863, seule ou en association avec une autre maladie. La contagion est favorisée par la promiscuité, en particulier l'entassement des malades dans les hôpitaux.

1863 : des épidémies de dysenterie et de rougeole touchent la population

NOMBRE de MALADES			INDICATION DES MALADIES qui ont régné pendant le 4e trimestre de [1863]	Restant le [30/09]	Entrés	Restant le [31/12]
Entrés	Sortis	Morts	**PATHOLOGIE INTERNE**			
			Affections endémiques			
10	7	-	Fièvre intermittente simple	-	10	3
1	1	-	Fièvre intermittente et gastralgie	-	1	-
1	1	-	Fièvre intermittente et bronchite	-	1	-
1	2	-	Fièvre bilieuse	1	1	-
2	1	-	Fièvre intermittente et insolation	-	2	1
4	4	-	Fièvre pernicieuse ictéro-hémorrhagique	-	4	-
7	6	-	Fièvre intermittente et anémie	2	7	3
1	-	1	Cachexie paludéenne et […?]	-	1	-
1	-	1	Cachexie paludéenne et […?]	-	1	-
1	-	1	Cachexie paludéenne et […?]	-	1	-
-	1	-	Hépatite […]	1	-	-
19	6	6	Dysenterie	2	19	9
4	4	-	Coliques	-	4	-
-	7	-	Ulcère de Mozambique	8	-	1
			Maladies épidémiques			
16	16	-	Rougeole	-	16	-
1	1	-	Rougeole et pneumonie	-	1	-
1	1	-	Rougeole et dysenterie	-	1	-
			Maladies sporadiques			
2	2	-	Indisposition, diarrhée	-	2	-
1	3	-	Ophtalmies	2	1	-
1	2	-	Congestion cérébrale	1	1	-
2	1	-	Ataxie locomotrice	-	2	1
1	1	-	[…?]	-	1	-
1	1	-	Érysipèle à la face	-	1	-
2	2	-	Amygdalite	-	2	-
1	1	-	Fièvre muqueuse	-	1	-
1	1	-	Diarrhée chronique, anémie	-	1	-
1	2	1	Entérite	2	1	-
2	3	-	Bronchite chronique	1	2	-
2	2	1	Pneumonie	1	2	-
1	-	-	Rachitisme, dysenterie	-	1	1
1	1	-	Contusion	-	1	-
5	5	-	Plaies	-	5	-
1	1	-	Brûlure (2e degré)	-	1	-
3	3	-	Abcès	-	3	-
1	2	-	Fractures	1	1	-
2	1	-	Arthrite	-	2	1
1	1	-	[…?]	-	1	-
3	3	-	Uréthrite	1	3	1
2	2	-	Orchite, hydrocèle	1	2	1
1	1	-	Hydrocèle	-	1	-
1	1	-	Adénite inguinale	-	1	-
1	1	-	Ophtalmie blennorragique, syphilis	-	1	-
1	2	-	Syphilis	1	1	-
1	1	-	Hernie étranglée (hypertrophie de la rate)	-	1	-
1	1	-	Hématurie	-	1	-
1	1	-	Eczéma	1	1	1
TOTAL GÉNÉRAL						
114	**106**	**11**		**26**	**114**	**23**

Transcription de l'état de situation de l'hôpital de Dzaoudzi au cours du 4e trimestre 1863.

• ANOM. MAD. 231/502

La dysenterie et les “fièvres”, principales causes de mortalité de 1861 à 1865

Transcription des mouvements de l’hôpital de Dzaoudzi (du 1er juillet 1861 au 30 juin 1865), d’après A. Grenet.

• Source : “Souvenirs médicaux de quatre années à Mayotte”, thèse, Montpellier, 1866, pp. 14-15.

NOMBRE de MALADES et PROFESSIONS	NOMBRE de MALADES							NOMBRE de JOURNÉES d’HÔPITAL	CAUSE des DÉCÈS																					TOTAL
	Existant au 1er juillet 1861	Entrés	Total	Sortis	Morts	Total	Restant le 30 juin 1865		Fièvres pernicieuses	Cachexie paludéenne	Dysenterie	Hépatite	Encéphalopathie saturnine	Méningite, encéphalite, myélite.	Fièvre typhoïde	Péritonite	Entérite	Bronchite capillaire	Pleuropneumonie	Maladies du cœur	Cachexie rhumatismale	Cirrhose du foie, ascite	Tuberculisation pulmonaire, abdominale	Cancers	Variole	Fracture du crâne	Infection purulente, ulcère, phlegmon	Péritonite puerpérale	Blessures	
Troupes	3	741	744	730	8	738	6	10031	5	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	8
Employés de l’administration	-	64	64	62	1	63	1	1046	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Marine de l’État	2	69	71	66	3	69	2	1234	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3
Marine du commerce	1	52	53	52	1	53	-	639	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Colons	1	217	218	196	17	213	5	2838	9	2	1	2	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	17
Indigents, détenus	-	9	9	8	1	9	-	175	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Total race blanche	7	1152	1159	1114	31	1145	14	15963	16	3	4	2	1	-	-	1	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	31
Soldats africains	-	164	164	155	9	164	-	2596	-	-	1	1	-	1	1	-	1	-	1	-	-	-	2	-	-	1	-	-	-	9
Écoles	-	201	201	187	13	200	1	5450	-	1	3	-	-	1	3	-	1	-	2	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	13
Employés de l’État	-	75	75	68	2	70	5	1821	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2
Engagés des habitations	2	350	352	309	35	344	8	9875	-	-	9	-	-	3	-	-	1	1	7	2	-	4	3	2	-	-	2	1	-	35
Indigents et geôle	1	139	140	123	11	134	6	4292	-	-	4	-	-	2	-	-	-	-	1	-	1	-	2	-	1	-	-	-	-	11
Indiens malabars	-	13	13	12	1	13	-	132	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1
Total race noire	3	942	945	854	71	925	20	24166	1	1	18	1	-	7	4	-	3	1	12	2	1	4	9	2	1	1	2	1	-	71
TOTAL GÉNÉRAL	10	2094	2104	1968	102	2070	34	40129	17	4	22	3	1	7	4	1	3	1	15	2	1	4	9	2	1	1	2	1	1	102

La lèpre est présente en Europe et en Asie depuis des millénaires. C'est une maladie infectieuse chronique due à un bacille découvert par Hansen en 1873. D'évolution très lente, elle se caractérise par une atteinte de la peau, des muqueuses, des nerfs. En fonction de la résistance au bacille, on distingue deux formes principales : la lèpre tuberculoïde et la lèpre lépromateuse (la plus grave et contagieuse). On la connaît au XIXe siècle sous le nom d'"éléphantiasis des Grecs". Il s'agit, pour un contemporain, de *« la maladie la plus grave et la plus repoussante qui frappe les populations intertropicales. »* [8] La contamination est favorisée par des contacts étroits avec des lépreux. Aussi, l'isolement des malades a-t-il été la réponse de la plupart des sociétés face à cette affection et le pouvoir colonial a entretenu aux Comores des léproseries.

À Mayotte, jusque dans les années 1930, les lépreux sont internés sur l'îlot de Mtsamboro situé au nord de la Grande Terre. Alexandre Kermorgant en compte 64 au début du XXe siècle (53 hommes et 11 femmes) : *« Au point de vue de l'isolement, l'emplacement a été bien choisi, car les communications ne sont pas toujours faciles. À part la crique, où les lépreux ont bâti leurs demeures, les côtes de l'île sont à pic, rendant toute escalade et toute fuite impossibles. »* [9]

Quelques années plus tard, un visiteur observe que cet éloignement est un obstacle au suivi des malades car le médecin de Dzaoudzi ne peut s'y rendre souvent. Lors de sa visite, il comptait 45 malades : *« Nous n'en pûmes compter qu'une vingtaine, car les autres, les plus gravement atteints, avaient été relégués par leurs camarades eux-mêmes à l'autre extrémité de l'île. La colonie est sous les ordres d'un chef, chargé de transmettre ses doléances à l'administration. Elle a à sa disposition un certain nombre de pirogues, au moyen desquelles les lépreux vont pêcher le poisson, qui, avec le riz qu'envoie de loin en loin Dzaoudzi, constitue la nourriture commune. Un puits leur fournit une eau rare et saumâtre. Les lésions observées ressortissaient à la lèpre mutilante (amputations spontanées des extrémités) et plus rarement à la lèpre tuberculeuse (lépromes nodulaires ou en nappe, masque léonin). Des plaies, pansées avec des linges sordides, creusaient les chairs atrophiées des membres. Les femmes étaient assez nombreuses, mais nous n'avons pas remarqué d'enfants. »* [10]

Dans le reste de l'archipel, les lépreux sont relégués dans des villages, mais ils conservent une certaine liberté de mouvement, situation dénoncée par les médecins qui réclament des mesures de contrôle plus strictes.

.../...

L'"éléphantiasis des Arabes" est le nom donné au XIXe siècle à une évolution chronique, très spectaculaire, de la filariose lymphatique, maladie provoquée par des vers ronds parasites, les filaires, qui sont transmis à l'homme par certaines espèces de moustiques. La présence des parasites conduit à l'obstruction des voies lymphatiques et, à la longue, car la longévité des vers va jusqu'à quinze ans, à un gonflement énorme des jambes, des bras et des organes génitaux. Aux Comores, c'est une maladie endémique qui a fait l'objet d'observations de voyageurs et de médecins, depuis le XIXe siècle.

Pour le docteur Neiret, qui écrit à la fin du siècle, *« la filariose est presque aussi commune dans la population créole que le paludisme ; elle l'est infiniment plus chez les noirs. C'est la grande endémie de Mayotte. [...] Toutes les formes de la filariose sont représentées. [...] L'éléphantiasis des jambes est d'une extrême fréquence. Il est très difficile d'établir une statistique indiquant la fréquence relative des accidents filariens, mais le nombre des noirs éléphantiasiques est énorme. L'hydrocèle est encore plus fréquente. [...] Voici quelques observations :*
Observation IV. – Enfant H..., mulâtre, 10 ans. Né à Mayotte, où il n'a habité que un an. Habite depuis neuf ans Dzaoudzi. Avait depuis longtemps des grosseurs dans les aines et, de temps en temps, des accès de fièvre, pendant lesquels ces grosseurs augmentaient de volume et devenaient douloureuses. Vers le milieu du mois d'août, il est pris de fièvre. On sent alors dans le haut du triangle de Scarpa, à droite, comme un petit paquet de vers, gros comme une noisette, allongé de haut en bas, indolore. À gauche, la cuisse est fléchie, la partie antérieure de la cuisse

est gonflée, tendue, douloureuse. On sent des ganglions dans l'aine. Tous les jours, vers 10 heures du matin, la fièvre prend, sans frisson.
Le sang, pris au doigt à 9 heures du soir, contient un grand nombre d'embryons de filaires (4 ou 5 par préparation). D'après leur forme, la nature de leurs mouvements, il est facile de voir qu'ils appartiennent à l'espèce Filaria nocturna *de Manson.*
À 9 heures et demie, le lendemain matin, les filaires ont complètement disparu du sang. Pas d'hématozoaires.
On essaye tous les topiques, tous les traitements : tout est inutile. La quinine paraît plutôt exaspérer les accès de fièvre. Ce qui réussit le mieux pour abattre momentanément la fièvre, ce sont les lotions froides et l'antipyrine.
La fièvre continue depuis six semaines sans interruption : le matin, elle cède pendant quelques heures ; mais, vers 11 heures, elle reprend, quelquefois avec un frisson, plus généralement sans frisson.
Localement, l'état s'est plutôt aggravé. La cuisse gauche est un peu empâtée. Le paquet de l'aine droite a gonflé, est devenu tendre et douloureux. La douleur s'étend au-dessus du pubis. » [11]

Jusqu'en 1947, date de la découverte d'un traitement efficace contre les microfilaires, la maladie évolue souvent vers les formes chroniques graves qui relèvent alors de la chirurgie.

.../...

Les maladies cutanées, les ulcères et les plaies sont aussi une constante du tableau des pathologies à Mayotte et aux Comores. Elles sont favorisées par la promiscuité, l'absence d'hygiène, les conditions de vie et de travail. Une fois déclarées, il est difficile de les combattre, faute de traitement efficace avant le milieu du XXe siècle. Une politique de prévention et d'éducation sanitaire aurait pu limiter ces affections mais le pouvoir colonial ne s'en est pas donné les moyens.

L'ulcère phagédénique est très répandu dans le monde tropical. Selon les régions, jusqu'au milieu du XIXe siècle, il prend diverses dénominations : ulcère des pays chauds, ulcère de Guyane, de Mozambique... Il se développe à partir d'une égratignure, d'une plaie, d'une piqûre d'insecte et se localise aux pieds et aux jambes. Il s'agit d'abord d'une petite ulcération circulaire qui s'agrandit et se creuse et peut atteindre l'os. Le docteur Monestier, médecin à Dzaoudzi, décrit en 1867 plusieurs cas d'ulcère de Mozambique : *« C'est généralement sur les travailleurs noirs des ateliers d'habitation, sur les prisonniers de la geôle, plus particulièrement chez ceux qui sont condamnés à la chaîne ; sur les travailleurs de toute sorte dont les occupations ne sont pas sédentaires, que s'observe la maladie. [...] Ces ulcères sont remarquables par la rapidité de leur marche, lorsqu'ils sont livrés à eux-mêmes. L'ulcération n'étant qu'une sorte de gangrène, s'étonnera-t-on de cette marche et de la facilité avec laquelle se développe sur eux la pourriture d'hôpital ! C'est ce qui a lieu quand les sujets sont agglomérés, mal pansés, mal nourris. Le contage est souvent transporté d'un malade à un autre par l'infirmier chargé des pansements, par le linge, la charpie, etc. on voit alors des blessures, des plaies simples, envahies par la gangrène maligne. »* [12]

En Grande Comore, il fait, selon un autre auteur, *« de véritables ravages. Beaucoup d'individus, m'a-t-on dit, finissent par mourir dans le marasme à la suite de cette lésion, qui, livrée à elle-même, sans soins ou après des pansements mal compris et sales, ronge tous les tissus mous, les désorganise, et arrive jusqu'aux os qu'elle détruit. »* [13]

Le pian *(ou framboesia)* est une maladie cutanée causée par un tréponème. La transmission se fait par contact avec une lésion infectée. Le docteur Lafont écrit en 1905 à propos de Mohéli : *« Cette affection mérite une mention spéciale ; elle sévit par poussées épidémiques et frappe surtout les jeunes enfants. Les éruptions se localisent souvent autour des orifices buccaux et nasaux. Chez les travailleurs, on les observe souvent sous la région plantaire ; elles sont alors longues, difficiles à guérir et gênent beaucoup la marche. »* [14]. C'est encore la première cause de consultation à l'hôpital de Dzaoudzi en 1947.

.../...

Les maladies vénériennes sont très fréquentes dans la région. La syphilis, ou vérole, est due à un tréponème découvert par Schaudinn en 1905. Elle se transmet le plus souvent lors des rapports sexuels. Non traitée, la maladie évolue vers le stade tertiaire avec des atteintes cardiovasculaires, neurologiques, articulaires. Le regard porté sur cette maladie par les médecins présents à Mayotte trahit souvent leurs préjugés, une posture moralisatrice à l'égard des populations qu'ils sont amenés à soigner. Ainsi, le docteur Neiret indique que si ces affections sont assez fréquentes, *« elles devraient l'être bien plus si l'on pense à l'état social des indigènes. Les indigènes mariés et vivant de la vie de famille sont l'exception. Beaucoup d'indigènes libres et presque tous les engagés des propriétés ne sont pas mariés. Il suffit qu'une femme soit atteinte pour qu'elle contamine un grand nombre d'individus. La blennorragie, les chancres mous et la syphilis existent avec une égale fréquence. Les noirs ne consultent pas le médecin pour les vénériennes ; ils ne viennent à la visite que lorsqu'ils ont un bubon ou un accident syphilitique trop accusé ».* [15]

Quelques années plus tard, Le docteur Blin reproche aux habitants de Mayotte leur négligence face à cette maladie et attribue cette situation à la religion et aux traditions : *« La syphilis n'est pas considérée à Mayotte comme une maladie honteuse qu'on cache à tous les yeux, aussi s'étale-t-elle au grand jour dans ce pays. Les diverses races qui composent la population de l'île, Comoriens, Antalotes, Macoa, habitués à la frôler chaque jour, ne sont jamais effrayés de ses diverses manifestations, habitués qu'ils sont à les voir journellement, dès leur plus jeune âge. Cette assuétude a fait qu'ils considèrent la vérole comme une affection commune à tous, qu'on puise inévitablement à la source de plaisir des femmes quand elle ne vous a pas stigmatisé dès la naissance. Il importe donc peu au musulman que la syphilis soit congénitale ou acquise, car, pour lui, elle demeure l'affection fille des rapprochements sexuels naturels. [...] Quoi qu'on fasse, la marche et l'extension de la syphilis ne pourront pas plus être enrayées à Mayotte qu'en aucun autre pays musulman, la femme devant demeurer invisible à l'Européen (au* roumi *impur), d'après les lois mêmes de l'Islam. Parmi les indigènes de Mayotte fidèles aux prescriptions du Coran, les deux huitièmes au moins sont porteurs d'accidents syphilitiques. Épargnés à leur naissance, la plupart se syphilisent plus tard par la contagion directe. Leur mépris pour l'hygiène la plus élémentaire, démontré par la promiscuité dégoûtante et immorale dans laquelle ils vivent, est, abstraction faite des rapprochements sexuels, un des facteurs de propagation et de contagion les plus sérieux. »* [16]

.../...

Les maladies de l'appareil respiratoire sont aussi communes. En 1902, il est constaté à propos de Mayotte que *« la tuberculose fait des vides considérables dans la population noire de cette île et parmi les Créoles de La Réunion qui y sont établis. Les indigènes la considèrent comme une des affections les plus graves qui puissent les atteindre et la mettent pour ses ravages sur le même pied que la variole. Elle porte le nom de* kaokamailqui *(maladie qui dessèche) et est très redoutée à cause de sa contagion facile ; aussi prend-on contre elle certaines précautions. Le mariage est interdit à ceux qui en sont atteints, les repas leur sont servis à part et dans des récipients spécialement affectés à leur usage, leur lit est isolé le plus possible de ceux des autres membres de la famille. D'après les statistiques, près du tiers des décès fournis par les Créoles et par les indigènes sont dus à la tuberculose. »* [17]

À la même époque, le docteur Blin s'inquiète de ses répercussions sur le nombre et la qualité de la main-d'œuvre. À des observations de bon sens sur les causes de la maladie (le manque d'hygiène et de confort par exemple), il mêle des considérations morales et des préjugés, notant que, chez les indigènes, *« la tuberculose est très répandue, surtout parmi les hommes, à cause de leurs travaux plus pénibles, de leur exposition à la pluie et aussi par suite des excès génésiques auxquels ils se livrent dès leur plus tendre enfance, par onanisme d'abord et par coït ensuite. »* [18]

III- Une médecine démunie

JUSQU'À LA FIN du XIX[e] siècle, où des progrès décisifs sont enregistrés dans le domaine de la bactériologie, l'origine des maladies est mal connue. On ne dispose d'un traitement préventif réellement efficace depuis la fin du XVIII[e] siècle que pour la variole.

Des théories sont échafaudées qui opposent les contagionnistes aux anti-contagionnistes. Ces derniers considèrent que ce sont les émanations terrestres et aériennes qui provoquent les maladies (d'où l'expression "mal'aria", pour qualifier le paludisme). Le danger viendrait surtout de la terre et de ses "miasmes". Les marais sont considérés comme particulièrement dangereux. La théorie miasmatique attache donc une particulière importance aux conditions du milieu, du climat, qui génèrent les maladies. Il n'est que de lire ce qu'écrit le docteur Grenet quand il évoque le littoral de Mayotte : *« C'est là qu'est le véritable marais ; l'eau n'y stagne pas absolument mais elle s'écoule lentement sous le sol ; il s'y opère sous un soleil ardent, un énorme mouvement de fermentation et de décomposition, les matières organiques continuent à s'y putréfier ; les animalcules si nombreux dans de tels milieux y vivent et meurent. On conçoit sans peine quels miasmes insalubres expire un sol semblable. »* [19]

À partir des années 1880, la découverte des micro-organismes permet de systématiser et de mieux cibler les mesures d'hygiène et de prophylaxie qui avaient été progressivement adoptées de façon empirique. L'étape décisive, à la fin du XIX[e] et au début du XX[e], est l'identification des principaux vecteurs (moustiques et autres arthropodes...), qui permet de prendre, en connaissance de cause, des mesures efficaces (grillages aux fenêtres, moustiquaires...) mais n'entraîne pas de progrès immédiat dans les traitements.

Jusqu'à la deuxième moitié du XX[e] siècle, on ne dispose de vaccin que pour une dizaine de maladies parmi lesquelles la variole, la rage (1885), la typhoïde (1896), la peste (1895-1897), la tuberculose (1921) et la diphtérie (1923).

Ce n'est qu'après la Seconde Guerre mondiale que l'on peut mettre en œuvre, surtout avec les antibiotiques et de nouveaux insecticides comme le DDT, des moyens propres à éradiquer ou à diminuer fortement la prévalence de certaines affections.

•••

Mayotte, le 18 novembre 1884

Rapport sur les faits principaux intéressant la colonie

[...] M. le Chef du service de Santé m'a signalé que sur une des principales propriétés de l'île, à Koéni, et à la geôle de Dzaoudzi, il s'est déclaré des cas répétés, dont deux suivis de mort, d'une affection caractérisée par les symptômes suivants : parésie [(1)] des membres inférieurs sans troubles marqués de la sensibilité ; la paralysie gagne rapidement le tronc, les membres supérieurs et enfin les muscles de la respiration, au moins dans les cas qui ont été suivis de mort ; toute la maladie se passe sans fièvre, sans grande perte d'appétit, sans traces d'anasarque [(2)]. Cette affection n'a pu encore être classée d'une façon certaine, mais M. le Chef du service de Santé pense que l'on doit la rattacher aux paralysies réflexes d'origine rhumatismales qui seraient attribuables au changement de saison et à l'humidité de certaines nuits.

Le Commandant Ferriez

(1) Paralysie partielle ou légère. (2) Œdème généralisé.

Mr le Chef du Service de Santé m'a signalé que sur une des principales propriétés de l'île, à Koéni, et à la Geôle de Dzaoudzi, il s'est déclaré des cas répétés, dont deux suivis de mort d'une affection caractérisée par les symptômes suivants : parésie des membres inférieurs sans troubles marqués de la sensibilité ; la paralysie gagne rapidement le tronc, les membres supérieurs et enfin les muscles de la respiration, au moins dans les cas qui ont été suivis de mort. toute la maladie se passe sans fièvre, sans grande perte d'appétit, sans traces d'anasarque.

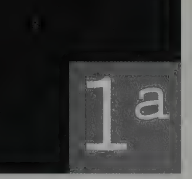
Cette affection n'a pu encore être classée d'une façon certaine, mais Mr le Chef du Sce de Santé pense que l'on doit la rattacher aux paralysies reflexes d'origine rhumatismale qui seraient attribuables au changement de saison et à l'humidité de certaines nuits.

Le Commandant.

Ed Ferriez

Lettre du 18 novembre 1884 du commandand Ferriez et transcription.

• ANOM. MAD. 230/498



Pour aller plus loin

Mayotte et les Comores régulièrement frappées par la variole

Probablement originaire d'Asie, la variole est connue depuis la plus haute antiquité. C'est une maladie éruptive d'origine virale. Elle a fait des ravages en Europe aux VIe, XVIIe et XVIIIe siècles et y reste endémique jusqu'au début du XXe siècle. Une épidémie de variole fait encore 200 000 victimes en France en 1870-1871. La vaccine (ou *cowpox*) est une affection semblable qui touche les bovins.

À partir du début du XVIIIe siècle, le procédé de la variolisation, mis au point par les Chinois dès le XIe siècle, est introduit en Europe par la femme de l'ambassadeur britannique à Constantinople, Lady Montague. Il consiste à prélever le matériel varioleux sur un sujet atteint et à le mettre en contact avec la personne à immuniser. Mais cette technique comporte des risques et implique l'isolement du malade contagieux pendant un certain temps.

Un progrès décisif est effectué à la fin du XVIIIe siècle par Edward Jenner. Il consiste à inoculer la variole des vaches (vaccine), sans danger pour l'homme, pour immuniser le sujet. La vaccination se diffuse alors en Europe mais de façon très progressive au XIXe siècle et non sans de fortes réticences à cause des dangers potentiels de la technique utilisée. En effet, on la pratique pendant longtemps de bras à bras à partir d'un sujet vacciné et il existe un risque de transmission d'autres maladies comme la syphilis. Elle ne devient ainsi obligatoire en France qu'en 1902.

En 1864, le docteur Ernest Chambon améliore un procédé italien de production de pulpe vaccinale qui consiste à inoculer des génisses, ce qui permet de disposer d'un produit en quantité et qualité suffisantes sans risque de contamination. À partir de la fin du siècle, on utilise la glycérine pour conserver la pulpe vaccinale récoltée sur les génisses.

2 300 victimes à Mayotte en 1898

La variole frappe régulièrement l'archipel des Comores au XIXe siècle : l'île de Mayotte est touchée en 1875, 1886 et 1898 ; Anjouan en 1867, 1869-1870 (à Mutsamudu), 1897 (à Pomoni) et 1901 ; la Grande Comore en 1890, 1892-1893 et Mohéli en 1890, cette liste n'étant pas exhaustive. L'épidémie de 1898 fait 2 300 victimes à Mayotte sur environ 12 000 habitants.

La proximité de zones endémiques comme Zanzibar et la côte ouest de Madagascar avec lesquelles les îles de l'archipel entretiennent de nombreuses relations commerciales expliquent ces flambées épidémiques. Un lazaret existe sur



Arthur Panon de Faymoreau, ancien chirurgien de la Marine et colon à Mayotte. Il participe à la lutte contre la variole en 1875.

• *ADM. 2Fi 4*

l'îlot M'Bouzi mais les règlements de police sanitaire qui prévoient le contrôle des navires sont, en pratique, très difficiles à mettre en place ; les boutres peuvent en effet facilement accoster sur des points de la côte non contrôlés. Au début du XXe siècle, le docteur Blin note que les réticences des colons de Mayotte à appliquer des mesures trop contraignantes sont aussi un obstacle : *« Les colons du pays, bien qu'ayant déjà chèrement payé le passage de la variole sur leurs établissements, n'en cherchent pas moins à créer, à chaque instant, des difficultés au chef du service de Santé. Ce dernier, fort de ses droits, parle-t-il d'appliquer les règlements de police sanitaire actuellement en vigueur, tout en s'efforçant de sauvegarder, par les mesures prises, les intérêts du commerce et ceux de la localité, immédiatement s'élèvent des récriminations basées sur des raisons absolument extraordinaires, mais où l'on voit poindre toujours une antipathie marquée pour le médecin dont le contrôle est par trop gênant. En revanche, personne ne songe un seul instant aux devoirs délicats dévolus au médecin et à l'énorme responsabilité qui lui incombe comme gardien de la santé publique ; aussi n'hésiterait-on pas à le sacrifier s'il se mettait dans son tort. Renseigné par mon prédécesseur sur ces façons d'agir et soucieux à la fois de ma tranquillité et de la sauvegarde des intérêts qui m'étaient confiés, j'ai toujours considéré comme suspects les indigènes provenant de Madagascar, de Nossi-Bé ou de Zanzibar. Aussi ai-je pris, à leur égard, les mesures énoncées ci-dessous, approuvées par le gouverneur, après avis favorable du Conseil sanitaire de la colonie : "Évacuer sur le lazaret tous les passagers indigènes, pour une observation de quelques jours, tout en accordant la libre pratique aux paquebots munis d'une patente de santé nette, avec la restriction toutefois d'interdire toute communication entre les indigènes de l'île et ceux du bord". »* [20]

Si les épidémies de variole ressurgissent régulièrement, c'est en raison d'une immunisation insuffisante de la population jusqu'au XXe siècle. Une épidémie frappe encore la Grande Comore en 1922. Les tournées de vaccination sont incomplètes faute de personnel, de vaccin en quantité et qualité suffisantes. En effet, il est acheminé de l'extérieur (Madagascar, Indochine, Métropole où des instituts vaccinogènes ont été créés) et il supporte mal la chaleur.

Le docteur Neiret observe ainsi en 1897 : *« J'ai vacciné à Dzaoudzi dans les premiers jours de septembre. Je me suis servi de vaccine de Saïgon arrivé quelques jours avant ; il m'a donné d'assez bons résultats (40 pour 100 de succès). J'ai revacciné ensuite de bras à bras, mais comme j'étais en course le jour où le vaccin aurait dû être recueilli, j'ai vacciné un jour trop tard, et je n'ai eu que des résultats insignifiants (10 pour 100). »* [21] De même, le docteur Lafont évoque ces difficultés, en 1905, au cours d'une campagne de vaccination effectuée à Mohéli : *« Le vaccin initial (5 tubes de vaccin de Tananarive) était des plus médiocres, mais par inoculation à des génisses, nous avons réussi à obtenir de belles pustules vaccinales, grâce à un artifice de passage que voici : sur six génisses, quatre vaccinées successivement avec le sérum de Tananarive, de passage en passage, n'ont donné qu'à grand'peine quelques succès chez l'homme. Ce vaccin humain repris et inoculé à deux autres génisses, a finalement récupéré son activité et fourni une abondante récolte. L'activité s'en est alors trouvée telle que les engagés de Foumboni, vaccinés la veille de mon départ à la Grande Comore, ont présenté des séries de vaccins larges comme une pièce de 2 francs, s'accompagnant de réveils violents de paludisme. Il est regrettable que nous n'ayons pu posséder dès le début un sérum aussi efficace. Il est vrai qu'il est très difficile de le conserver et les difficultés ne sont pas moindres quand il s'agit de lui faire récupérer son activité. Tant que le médecin n'aura pas à sa disposition un sérum sûr, il dépensera ses forces, son activité et un temps précieux, pour ainsi dire en pure perte, et finira par éloigner les indigènes qui n'aiment pas à se déranger pour rien. Le parc vaccinogène créé récemment à Diégo-Suarez (Madagascar) rendra de grands services à l'archipel des Comores. Le vaccin préparé et broyé dans la glycérine stérilisée est conservé dans une glacière. »* [22]

Pour aller plus loin

Deux exemples de mesures de prévention contre la variole

Le docteur Blin, chef du service de Santé à Mayotte, au début du XXe siècle, relate une tournée de vaccination sur la Grande Terre, en 1902.[26]

Dans les régions que j'ai visitées, j'ai procédé de la manière suivante : au lieu de me contenter de faire rassembler les habitants de plusieurs villages dans le centre le plus important, je me suis rendu, au contraire, dans chacun d'eux, après m'être fait annoncer, au préalable, un ou deux jours avant mon arrivée. Comme j'étais porteur de certains objets de pansements, de quelques médicaments et d'une petite trousse de voyage, je commençais par demander à voir les indigènes atteints de plaies, et c'était seulement après avoir donné des soins aux plus affligés, distribué quelques médicaments et prodigué quelques conseils utiles, que je me mettais alors en devoir de parler de vaccination.

Je m'efforçais, tout d'abord, de bien démontrer à mon auditoire que, pour être préservé contre la pélembé [(1)]*, il fallait que les piqûres ou les scarifications laissassent des traces. Je citais comme preuve à l'appui les Blancs et les Indiens, dont pas un n'avait été atteint durant la grande épidémie de 1897-1898, parce que tous avaient été vaccinés quelque temps auparavant, constatation qui avait été également faite sur les indigènes inoculés avant l'épidémie. J'ajoutais aussi que c'était uniquement pour leur rendre service et pour bien leur prouver la sympathie de la France à leur égard, que le gouverneur envoyait vers eux son médecin pour les soulager, les mettre à l'abri de la maladie et empêcher leurs femmes de devenir laides. Sachant également que leur aversion pour la vaccination n'était pas due uniquement à leur appréhension pour la lancette, je leur donnais la certitude, en invoquant pour la circonstance le témoignage de l'infirmier arabe qui m'accompagnait (mon aide à l'hôpital au service de la vaccine), que la substance employée comme vaccin n'était pas, comme ils le croyaient faussement, du sang de Blanc, ni le germe de maladies nouvelles, apportées par les Européens pour les faire mourir plus vite, mais bien un produit extrait de génisses spécialement choisies à cet effet.*

Leurs sorciers et leurs cadis, craignant de voir s'évanouir leur prestige occulte, avaient essayé de combattre l'influence des médecins européens en persuadant aux masses, toujours crédules, que le liquide dont ces derniers se servaient pour vacciner était du sang de Roumi [(2)]*, auquel avaient été mêlés des germes dangereux. Si l'on tient compte du mépris du Musulman pour tout ce qui vient de l'Européen, de sa répugnance à lui montrer ses femmes, de tout son fanatisme en un mot, il est facile de se rendre compte de la difficulté de la tâche dévolue aux médecins dans ces contrées.*

Les habitants du 4e quartier, très durement éprouvés par la grande épidémie de 1897-1898, acceptèrent plus volontiers nos mesures d'hygiène prophylactique que ceux des villages voisins de Dzaoudzi, où la variole n'avait fait que peu de victimes.

Bien que les réfractaires à la vaccination soient encore nombreux, je ne désespère pas néanmoins de les convertir ; aussi, afin de ne pas décourager les indigènes par des séances inutiles, vais-je continuer la vaccination du reste de l'île en n'employant que du vaccin sur l'efficacité duquel je serai fixé par quelques expériences préalablement faites à l'hôpital. Les pérégrinations sur la Grande Terre seront longues et pénibles, mais la population totale de Mayotte une fois mise à l'abri des atteintes de la variole, ce sera la sécurité presque absolue pour plusieurs années, durant lesquelles le Chef du Service de santé n'aura qu'à vacciner les enfants et les nouveaux venus dans la colonie.

(1) Variole. (2) Un chrétien pour les musulmans.

[illegible]
Cabinet du Gouverneur
N° 193
Comores
Rapport politique

Dzaoudzi, le 1er [illegible]

Monsieur Papinaud, Gouverneur de Mayotte à Monsieur le Sous-secrétaire d'État au Ministère du Commerce, de l'Industrie et des Colonies.
Commerces-Colonies
1re Division - 1er Bureau

Monsieur le Sous-secrétaire d'État,

....

Le boutre venu de Mohéli nous a fourni des renseignements assez vagues, d'ailleurs, au sujet d'une épidémie de variole qui régnerait dans cette localité, ainsi qu'à la Grande Comore. Il paraîtrait qu'un boutre venu de la Côte orientale d'Afrique, aurait débarqué deux varioleux à Mohéli. L'épidémie se serait ainsi propagée dans cette île et aurait gagné ensuite la Grande-Comore. Il ne nous a pas été encore possible de vérifier l'exactitude de ce renseignement. Le Prince-Régent Mahmoud ne m'a rien communiqué à ce sujet et il continue, paraît-il, à délivrer des patentes nettes aux boutres qui quittent Mohéli.

Cependant, nous avons cru devoir prendre, à Mayotte, des mesures de précaution, en vue de préserver la Colonie de la contagion dans le cas où la variole sévirait à Mohéli et à la Grande-Comore.

A cet effet, après entente avec le Service de santé, il a été prescrit que les boutres provenant de ces deux îles, subiraient, jusqu'à nouvel ordre, une quarantaine d'observation de 16 jours.

Mr le Chef de la Division navale m'a écrit pour me faire connaître qu'il mettrait, dans les premiers jours de Mai, à ma disposition, le "Hugon", qui est en ce moment en station à Zanzibar, pour aller effectuer une tournée aux Comores. Je profiterai de cette occasion pour faire constater l'état sanitaire des Iles de l'Archipel.

Depuis le mois dernier, je n'ai reçu aucune communication de la Grande-Commore.

Je suis, etc.

Signé : Papinaud

P.S. Au moment du départ du courrier, je reçois une lettre, par un boutre venu d'Anjouan, de Mr le Résident de la Grande-Commore. Mr Humblot me fait connaître que la variole sévit, en effet, dans cette île, depuis quelque temps. La maladie aurait été importée de Zanzibar par un boutre. A Mouroni (Gde Comore), depuis le 12 Mars dernier, sur 24 personnes atteintes, 4 ont succombé ; toutes les autres sont entrées en convalescence. Dans le Nord de l'île, il y aurait

Lettre du gouverneur Papinaud, le 1er mai 1890, sur les mesures de précaution prises à Mayotte après la déclaration d'une épidémie de variole à Mohéli.

• ANOM. MAD. 231/502

Difficultés de communication et méfiance de la population

Les difficultés à atteindre l'ensemble de la population par suite des problèmes de communication et de la méfiance des habitants sont des obstacles importants. Lorsque des cas de variole sont détectés, des mesures d'isolement des malades et de quarantaine sont prises en urgence pour éviter la propagation de l'épidémie, comme à Anjouan en 1901. Cette année-là, le 24 mars, débarque dans l'île un indigène en période d'incubation qui se rend dans sa famille au village de Chanda. L'aide-major Amigues décrit les mesures prises pour enrayer l'épidémie : « *Un cordon sanitaire fut établi autour du village contaminé ; le malade fut isolé, avec deux autres indigènes ayant eu la variole, dans un vallon situé à 800 mètres environ du village. Les parents et les amis furent également isolés dans deux groupes de cases situées à une égale distance du village, et la case dans laquelle s'était produit le cas fut détruite par le feu. Cette case étant assez isolée, il ne fut pas nécessaire de brûler les cases voisines. Le malade présentait une éruption très confluente et tous les symptômes d'une atteinte grave ; il succomba huit jours environ après l'apparition des pustules ; la quarantaine fut maintenue jusqu'au 20 avril.* »[23]

De nouveaux cas s'étant présentés en mai et en juin, des mesures de quarantaine similaires furent prises dans les villages concernés puis une campagne de vaccination mise en œuvre : « *Plusieurs procédés pouvaient être employés pour se procurer le vaccin nécessaire :*

1- la vaccine de bras à bras ;

2- la préparation de génisses ;

3- l'emploi de vaccin en tubes.

Nous avons d'abord écarté la vaccine de bras à bras, quoique de magnifiques pustules vaccinales fussent à notre disposition sur les bras des matelots de boutres vaccinés à Mayotte, par M. le docteur Lafont. Deux motifs nous ont fait rejeter ce procédé :

1- la crainte d'inoculer avec la vaccine la syphilis ou la lèpre ;

2- l'aversion des indigènes pour ce procédé, aversion qui venait justement de la peur qu'ils avaient eux aussi, de se voir inoculer la syphilis par ce procédé.

Le vaccin frais de génisse nous a été utile lorsque nous n'avions pas à notre disposition du vaccin en tubes en bon état. [...] Nous procédions à la vaccination par tournées, suivant un itinéraire fixé à l'avance.

Les chefs des villages où nous devions vacciner étaient prévenus et, lorsque nous arrivions, les indigènes étaient rassemblés. Nous étions accompagnés de gardes de police chargés de laver les indigènes à l'alcool et au sublimé.

Les chefs de villages lettrés inscrivaient les noms des vaccinés, en arabe ; ces listes étaient ensuite traduites par l'interprète de la résidence. Sur les propriétés importantes, comme Bambao et Pomoni, on vaccinait les hommes à l'appel, et leurs noms étaient inscrits sur des registres spéciaux.

Pour la propriété de Bambao et Dziani, sur laquelle il fallait rapidement employer une quantité considérable de vaccin, nous avons trouvé une aide précieuse en M. Le Houx, ingénieur, directeur de la propriété, qui a vacciné un grand nombre d'indigènes avec nous et en notre absence, pendant que nous allions en tournée sur d'autres points de l'île ».[24]

Sur une population estimée de 18 000 à 20 000 habitants, 6 500 environ, soit près d'un tiers, ont été vaccinés et le médecin conclut : « *Une épidémie comme celle qui a désolé Mayotte, amènerait la ruine d'une colonie aujourd'hui si florissante, en détruisant une main-d'œuvre si utile et déjà à peine suffisante pour la culture de la canne à sucre, du café, de la vanille.* »[25]

Ce n'est qu'après la Première Guerre mondiale, avec la mise au point par des médecins français, André Fasquelle et Lucien Camus, d'un vaccin sec, que le problème de la conservation dans les pays tropicaux est résolu. Des campagnes de vaccination massive sont menées dans tout l'empire colonial français dans l'entre-deux-guerres (10 millions de doses de 1919 à 1940).

Lettre du commandant supérieur de Mayotte (4 décembre 1875) et transcription ci-dessous.

• ANOM. MAD. 230/501

MAYOTTE ET DÉPENDANCES
Cabinet du COMMANDANT SUPÉRIEUR
N° 405
Sommaire
4e Bau Colonies.
1er et 4e Bureaux.
Épidémie de variole. Propositions de récompense.

Mayotte, le 4 Décembre 1875

Monsieur le Ministre,

J'ai eu l'honneur de vous annoncer par une lettre du 8 du mois dernier (Colonies 1er Bau, n° 388), la fin de l'épidémie de variole qui a sévi à Mayotte pendant quelques mois.

Contrairement à toutes les prévisions, une petite fille de six mois appartenant au village de Chingoni si fortement éprouvé, a encore été atteinte le 17 Novembre, c'est-à-dire 49 jours après les derniers cas constatés le 30 Septembre. Sa mère, qui avait été soignée au Lazaret de Combani, a tout de suite reconnu la maladie; elle s'est empressée de prévenir le Commissaire de police du quartier et toutes les

Monsieur le Ministre de la Marine et des Colonies
Paris

Mayotte, le 4 décembre 1875

Épidémie de variole
Proposition de récompense

Monsieur le ministre,

J'ai eu l'honneur de vous annoncer par une lettre du 8 du mois dernier, la fin de l'épidémie de variole qui a sévi à Mayotte pendant quelques mois.

Contrairement à toutes les prévisions, une petite fille de six mois appartenant au village de Chingoni si fortement éprouvé, a encore été atteinte le 17 novembre, c'est-à-dire 49 jours après les derniers cas constatés le 30 septembre. Sa mère, qui avait été soignée au lazaret de Combani, a tout de suite reconnu la maladie ; elle s'est empressée de prévenir le commissaire de police du quartier et toutes les précautions ont été prises immédiatement pour l'isoler avec son enfant qui, aujourd'hui, est complètement guérie. Des visites fréquentes et minutieuses ont été faites à Chingoni et dans les environs ; elles ont révélé un état sanitaire excellent. Le cas de la petite Mamouchi semble donc tout à fait accidentel et je n'ai rien à changer à la nouvelle donnée dans ma lettre précitée. Il est bien heureux qu'il en soit ainsi, car devant un retour de l'épidémie, la situation aurait été véritablement embarrassante par suite du départ de M. de Faymoreau qui a quitté la colonie le 11 novembre pour se rendre à La Réunion et de là en France.

Il me reste, Monsieur le Ministre, à recommander à toute votre bienveillance les deux médecins qui ont prodigué leurs soins aux malades avec tant d'empressement et dont la tâche était rendue plus pénible encore par les préjugés et même les préceptes religieux de la population.

Lorsque, au mois de mai, la variole fit son apparition à Mayotte, il y avait deux précautions à prendre pour empêcher le développement de la maladie : vacciner autant qu'on le pouvait, c'est ce qu'a fait M. le chef du service de Santé, notamment pour tous les habitants de l'île de Pamandzi reliée à Dzaoudzi, mais surtout isoler les individus atteints. Un lazaret fut immédiatement établi sur l'île de Bouzi. L'endroit était bien situé pour recevoir les varioleux des villages et des propriétés situées sur la côte est de la Grande Terre ; mais il ne fallait pas songer à y faire venir ceux du nord et de l'Ouest. Le Sud a été complètement préservé. Le transport ne pouvant s'opérer que par terre, les malades de certaines localités (Zambourou, Aqua) auraient mis une ou deux journées pour y arriver. Ce moyen aurait eu d'ailleurs pour résultat certain de favoriser la propagation de l'épidémie. Il devenait donc indispensable d'établir un autre lieu d'isolement. Mais l'emplacement trouvé, une difficulté plus sérieuse surgissait : qui soignerait les malades ? Le service médical de Mayotte ne comprenant que deux médecins, il était impossible d'en détacher un à plus de 20 kilomètres du chef-lieu.

C'est alors que M. Panon de Faymoreau (Arthur) ancien chirurgien de la marine, docteur médecin de la faculté de Paris, vint se mettre entièrement à la disposition de l'administration. Comprenant tous les inconvénients qu'il y avait à faire parcourir à des varioleux une partie de l'île pour arriver à Bouzi, il avait pensé à créer un second lazaret sur sa propriété. Il avait choisi pour l'établir une petite colline éloignée de 2 kilomètres de sa maison et de 1 500 mètres du poste de police de Chingoni, distances qui permettaient à la fois de visiter facilement les malades et d'exercer sur eux une active surveillance.

Agréé par l'administration, M. de Faymoreau fit construire immédiatement une douzaine de cases contenant 3 et 4 lits. Le tout fut entouré d'une palissade est placé sous la surveillance d'un agent de police. Le 18 juin, le lazaret de Combani recevait ses premiers varioleux ; depuis cette époque jusqu'au 23 octobre date de sa fermeture, 142 malades y ont été traités. Pendant quatre mois, en pleine récolte, au moment de la fabrication du sucre, M. de Faymoreau a prêté généreusement son concours et il l'a continué jusqu'au bout. Non seulement il s'est donné entièrement aux varioleux du lazaret de Combani mais il a fait encore de nombreuses visites sur les établissements voisins pour s'assurer par lui-même que la maladie n'y existait pas.

Dans cette circonstance, M. de Faymoreau a bien mérité de l'autorité et de la colonie entière ; je crois remplir un devoir Monsieur le Ministre, en le proposant pour le grade de chevalier de la Légion d'honneur. Comme élève interne à l'hôpital de Brest et comme chirurgien de 3e classe, M. de Faymoreau compte 4 ans 3 mois et 28 jours de service ; pendant ce temps il a été employé dans les ports, à Mayotte, à Nossi-Bé et sur la goélette La Turquoise *en qualité de chirurgien major. Il a en outre rempli avec la plus grande distinction pendant 3 ans 10 mois et 14 jours les fonctions de membre du Conseil d'administration de la colonie.*

Quant à M. le chef du service de Santé, il s'est conduit pendant l'épidémie avec le zèle et le dévouement qu'il met toujours à remplir son devoir et qui lui ont déjà valu une proposition pour le grade de médecin principal que je suis heureux de renouveler ici. M. Giraud s'est rendu aussi souvent que possible au lazaret de Combani et quel que fût le temps, les malades de Bouzi étaient visités chaque jour ; une circulaire ministérielle fait connaître il est vrai, que les médecins de 1ère classe, non docteurs, ne peuvent obtenir, au choix, le grade supérieur, mais M. Giraud qui attend son remplaçant, doit aussitôt son retour en France, subir les épreuves du doctorat. Cet officier réunira alors toutes les conditions voulues pour l'avancement demandé en sa faveur.

Je suis avec un profond respect,
M. le Ministre, votre très obéissant serviteur,

Le Commandant supérieur p.i.

Pour aller plus loin

Le danger des expéditions ultramarines

Les maladies et les fièvres contractées dans les pays tropicaux ont été un obstacle majeur à la pénétration européenne en Afrique. Les pertes qu'elles provoquent sont souvent sans commune mesure avec celles provenant des combats. De ce point de vue, la deuxième expédition d'Anjouan, en avril-juillet 1891, est très révélatrice.

Après la mort du sultan Abdallah en février 1891 et le conflit successoral entre Salim, son fils, et ses oncles, une révolte servile éclate. Mutsamudu est pillée début mars. Saïd Othman devient sultan en avril tandis que la situation reste troublée et incertaine. Pour restaurer l'ordre et réinstaller dans l'île le résident de France, une intervention militaire est décidée. Des troupes parties de Diégo-Suarez sont acheminées à Anjouan par l'*Fure* et le *d'Estaing*. Les troupes débarquent le 23 avril, 4 compagnies d'infanterie et une section d'artillerie, en tout 409 hommes et leurs officiers.

Le docteur Kieffer, médecin de 2e classe, chargé du service médical de la colonne expéditionnaire, a laissé un rapport sur les conditions sanitaires dans lesquelles s'effectuent les combats.[27]

« *J'étais chargé, comme médecin des troupes, du service médical de toute la colonne expéditionnaire. Le personnel de l'ambulance comprenait un caporal infirmier, un infirmier régimentaire. Plus tard, quand l'augmentation du chiffre des malades l'exigea, 2 autres infirmiers furent adjoints à l'ambulance. Le matériel se composait de deux cantines médicales largement fournies de sulfate de quinine, de deux sacs d'ambulance et de huit brancards. Le réapprovisionnement en médicaments devait se faire par l'entremise du médecin-major du* d'Estaing. *Tant que les troupes restèrent à Moussamoudou, les malades furent logés dans une maison à étage, bâtie en pierres ; puis, lorsqu'elles furent cantonnées à Hambo, dans quatre paillotes isolées, contenant de 8 à 10 hommes chacune. Le 23 avril, débarquement à 4 kilomètres de Moussamoudou : le [24], entrée des troupes dans la ville sans coup férir. Le 26 avril, départ d'une colonne formée de trois compagnies, et de la section d'artillerie. Attaque de la colonne au col d'Ouchyo dans l'après-midi ; personne n'est atteint, sauf un porteur tué et un autre blessé. Cette colonne dure trois jours ; malgré une pluie persistante.*

« *Le chiffre des malades est insignifiant. Deux hommes, pendant la marche de retour, sont transportés en brancards ; l'un est atteint de diarrhée, l'autre de fièvre paludéenne. Le 29 avril, départ de la quatrième compagnie pour Pomony ; la compagnie de débarquement du* d'Estaing *y est rendue depuis la veille. Les fusiliers marins y restent jusqu'au 14 mai, la quatrième compagnie jusqu'au 19 mai.*

« *Le 1er mai, départ d'une colonne sur Bambao et Coni (deuxième et troisième compagnies) et l'artillerie du détachement. Arrivée à Bambao le 2 mai à 5 heures du soir, un seul malade : fièvre paludéenne. Séjour à Bambao du 2 au 5 mai ; arrivée à Pomony le 5 au soir. La marche sur Coni a lieu le 6 mai ; elle se fait en terrain de*

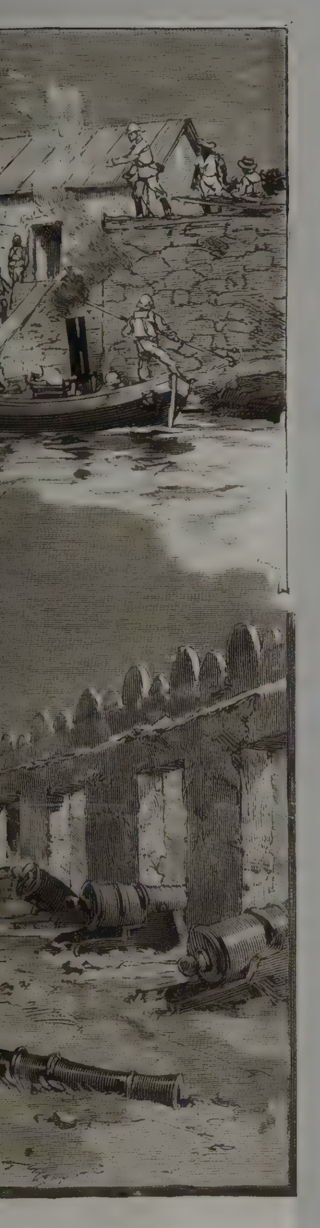


L'EXPÉDITION D'ANJOUAN (ARCHIPEL DES COMORES)
. Le mouillage de l'escadre française devant la ville de Monshamoudou. — 2. Le fort de Monshamoudou. — 3. Le débarquement dans la baie de Patsy, au débarcadère Wilson. — 4. Convoi d
5. La batterie du fort de Monshamoudou. — D'après les croquis de M. X..., correspondant particulier de l'*Illustration*.

L'expédition de 1887 à Anjouan.
L'Illustration, 2 juillet 1887
• *ADM. 2Fi 56*

montagne et est très pénible ; la colonne est attaquée à deux reprises par les Makois. […] À la deuxième attaque, M. J…, lieutenant d'artillerie de marine, est blessé d'un coup de feu à la jambe gauche au niveau de la partie moyenne. […] Le 6 mai au soir, retour des troupes à Pomony, le lendemain à Bambao où elles cantonnent jusqu'au 11 mai. Le 11 mai marche de la colonne sur Pomony en passant par Cimbéo où le détachement d'artillerie et 6 malades quittent la colonne pour rentrer à Moussamoudou. Le 12 au soir, arrivée à Pomony après une marche excessivement fatigante sous bois et par des sentiers à peine praticables. À leur arrivée les troupes sont logées avec la 4e compagnie qui occupe la localité depuis quinze jours. […]

Le 7 juin, nouvelle expédition sur Digo où est le centre des rebelles. Colonne de deux jours avec 110 hommes choisis dans les différentes compagnies, marche très pénible ; la colonne est harcelée par l'ennemi nuit et jour. À l'assaut de la position de Digo, 12 hommes sont plus ou moins violemment contusionnés par des pierres que l'ennemi fait rouler sur nous ; […] Le 9 juin, la colonne rentre à Hambo. La quatrième



réquisitionnés et de matelots malgaches

compagnie opère dans les environs de Pomony du 29 avril au 19 mai. Le 2 mai, un soldat de la quatrième compagnie Vigon reçoit, pendant une halte-campement, un projectile qui occasionne une plaie pénétrante de la poitrine. [...] La mort est instantanée. Le 19 mai, la quatrième compagnie décimée par la maladie rentre à Hambo, elle est remplacée par un peloton de la première compagnie (55 hommes) qui y séjourne jusqu'au 11 juillet.

Le 15 juillet 1891, fin des opérations ; les 1re, 2e et 4e compagnies rentrent à Diégo-Suarez ; la troisième compagnie de 80 hommes est laissée à Anjouan pour continuer l'occupation de l'île. Durant cette expédition il y a deux périodes très distinctes comme morbidité : la première allant du 23 avril aux 12 mai pendant laquelle le chiffre des invalidations est minime : le total des exempts n'atteint pas 120. La seconde période va du 12 mai au 15 juillet et est beaucoup plus chargée après le passage des troupes à Pomony et le séjour de la 4e compagnie dans la même localité. [...]

Cinquante et un hommes ont été évacués sur les hôpitaux voisins de Mayotte et de Diégo-Suarez : cinq à Mayotte (deux décès), 47 à Diégo-Suarez (quatre décès dont un à bord du d'Estaing en vue de Diégo). [...] Les différentes affections traitées dans le cours de cette campagne ont été les suivantes :

anémie essentielle 1
fièvre typho-malarienne 37
fièvres palustres 1 035
dysenterie.. 42
hépatite aiguë 8
hépatite suppurée 3
insolation 4

Les autres affections qui ne peuvent être imputées au climat sont au nombre de 47, parmi lesquelles on ne compte qu'une seule plaie par arme à feu (plaie pénétrante de la poitrine, qui a été suivie de mort). Ce qui donne comme total 1 177 affections médicales ou chirurgicales traitées. Les décès survenus dans le cours de l'expédition sont au nombre de 15, et se répartissent ainsi :

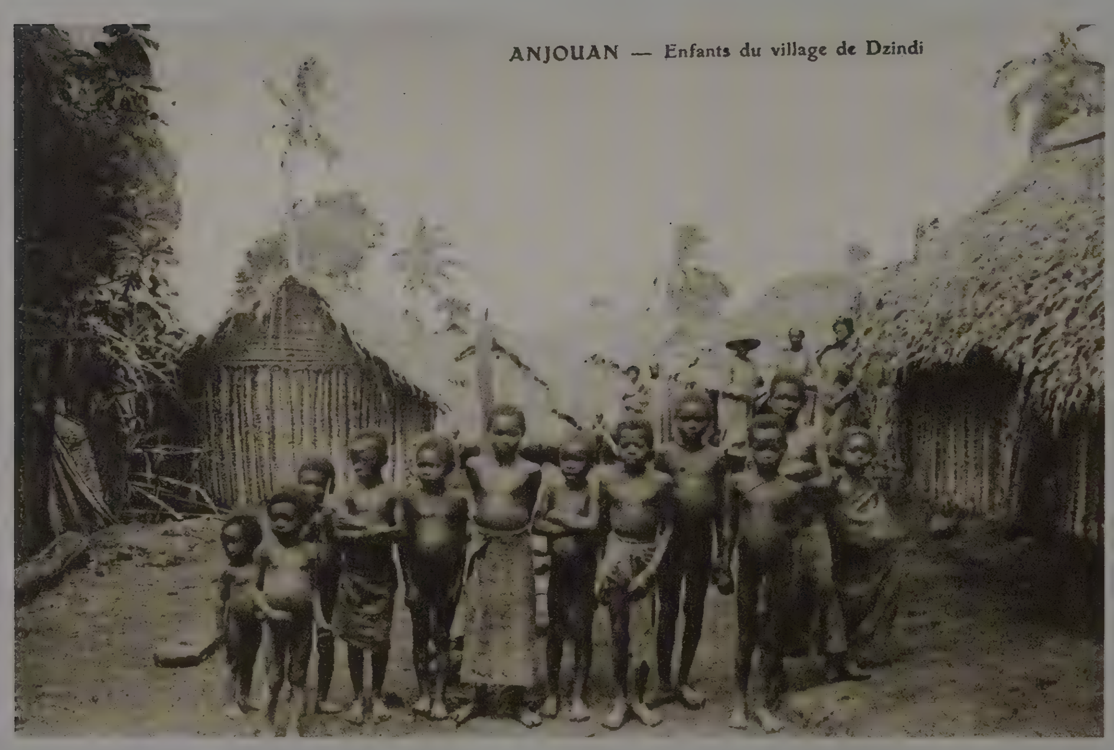
plaie pénétrante de la poitrine (arme à feu) 1
phtisie pulmonaire 1
insolation 1
fièvre rémittente palustre 2
fièvre typho-malarienne 1
affections organiques du cœur 1
dysenterie.. 5
hépatite suppurée consécutive à la dysenterie.... 1
fièvre typhoïde 1
syncope 1

L'épidémie de fièvre typho-malarienne qui a sévi sur les troupes a pris naissance à Pomony. J'ai déjà signalé plus haut la présence de marécages avoisinant l'usine à sucre de Pomony. [...] L'encombrement, la malpropreté jointe aux émanations des

marécages voisins donnent lieu à une épidémie de fièvre typho-malarienne. Les premiers cas surviennent le 7 mai. Le 12 mai à mon passage à Pomony, le chiffre des malades de la 4e compagnie dont l'effectif est alors de 83 hommes est déjà de 37, pour atteindre 42 le lendemain, chiffre autour duquel elle oscillera jusqu'au 10 juin. [...]

C'est à Pomony que la 2e et la 3e compagnie qui n'y firent cependant qu'un très court séjour, furent contaminées. [...] Quant aux fièvres palustres, elles ont été nombreuses ainsi qu'en témoigne le chiffre de 1035, ce qui donne une moyenne de 2,5 accès par homme. Et il faut tenir compte de ce fait que la situation sanitaire du corps expéditionnaire n'a été réellement mauvaise que du 15 mai au 15 juin. Je ne pourrais pas citer 10 hommes n'ayant pas été atteints par la malaria. Tous les officiers sans exception ont payé leur tribut, souvent fort lourd, au paludisme. La dysenterie figure dans la statistique pour 42 cas dont 5 décès ; le plus grand nombre parmi la 1re et la 4e compagnie qui ont séjourné toutes deux à Pomony. [...]

Les statistiques ci-dessus se font remarquer par l'absence des maladies cutanées et vénériennes. Je ne crois pas que les maladies de la peau et du cuir chevelu, teigne et gale entre autres, soient aussi fréquentes à Anjouan qu'on l'a signalé autrefois. J'ai pu voir les indigènes sur différents points de l'île et n'ai pu constater ce genre d'affections. Quant aux maladies vénériennes, si ce rapport n'en mentionne pas, c'est que les soldats, prévenus d'avance des dangers de contamination auxquels ils s'exposaient, sont restés dans une sage réserve. Les fréquents accès de fièvre qu'ils ont eu à supporter doivent aussi rentrer comme facteur important dans cette abstinence. Cela est fort heureux, car la population, anjouanaise surtout, présente de nombreuses et évidentes traces de syphilis, soit secondaire, soit tertiaire. Le fait dominant de cette expédition à Anjouan est donc le paludisme. Les atteintes ont été quelquefois mortelles, toujours sérieuses, laissant à la suite des accès une anémie très rebelle. [...]



Anjouan, enfants du village de Dzindi, vers la fin du XIXe siècle, début du XXe siècle.

• ADM. 1Fi 141

Le personnel du service de Santé au XIXe siècle

Vue de l'hôpital de Dzaoudzi
au début du XXe siècle.

• ADM. 1Fi76



CE SONT LES médecins du corps de santé de la Marine qui ont la responsabilité des services de santé dans les colonies jusqu'à la fin du siècle et sont, bien après, la source essentielle de recrutement. Depuis le XVIIIe siècle, ils sont formés dans les écoles de chirurgie navales de Rochefort, Toulon et Brest. Les études y durent quatre ans. Avec l'ordonnance du 19 mai 1834, ces médecins, chirurgiens et pharmaciens sont assimilés au corps des officiers de Marine et ont un statut militaire. La hiérarchie des grades s'établit ainsi avec l'ordonnance du 17 juillet 1835 :

- inspecteur général
- premier médecin, chirurgien, pharmacien
- second médecin, chirurgien, pharmacien
- médecin et pharmacien professeur
- chirurgien et pharmacien de 1re classe
- chirurgien et pharmacien de 2e classe
- chirurgien et pharmacien de 3e classe

L'avancement se fait par concours. Les officiers de santé servent à tour de rôle dans les hôpitaux maritimes en France, à bord des bâtiments et dans les colonies où leur effectif n'a jamais été très important, d'où les problèmes rencontrés à la fin du XIXe siècle avec l'extension de l'empire colonial. On ne compte ainsi que 144 médecins et 32 pharmaciens dans les colonies en 1867. La durée habituelle du séjour y est de deux ans.

Ces officiers sont une source précieuse pour l'histoire de la santé à Mayotte et aux

Comores. Certains d'entre eux ont choisi leur lieu d'affectation comme sujet de thèse. Citons Auguste Marroin (*"Observations sur Nossi-Bé, Mayotte et Sainte-Marie de Madagascar"*, 1843), Dominique Daullé (*"Cinq années d'observation médicale dans les établissements français de Madagascar"*, 1857), Édouard Gélineau (*"Aperçu médical de l'île de Mayotte"*, 1858), Alfred Grenet (*"Souvenirs médicaux de quatre années à Mayotte"*, 1866). À la fin du XIX[e] siècle et au début du XX[e] siècle, on trouve les articles de leurs successeurs dans les grandes revues médicales comme les *Archives de médecine navale*, les *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, le *Bulletin de la société de pathologie exotique*.

Ces médecins n'ont pas toujours obtenu le titre de "docteur", ce qui d'ailleurs était aussi le cas pour certains de leurs confrères civils avec la distinction maintenue jusqu'en 1892 entre officiers de santé et docteurs en médecine. En 1827, le doctorat n'est exigé aux colonies que pour les chefs du service de Santé. Il devient obligatoire pour se présenter au concours de médecin de 2[e] classe en 1866. À partir de 1886, l'avancement se fait au choix et à l'ancienneté suivant la hiérarchie suivante :
- directeurs du service de santé de 1[re] classe
- directeurs du service de santé de 2[e] classe
- médecins principaux
- médecins de 1[re] classe
- médecins de 2[e] classe

Des attributions variées

Les responsabilités des médecins en poste sont nombreuses ; l'administrateur Mizon les énumère dans un courrier de janvier 1898 adressé au ministère, dans lequel il demande la création d'un poste de médecin de 2[e] classe à Mayotte :
- service de l'hôpital
- soins à donner aux fonctionnaires
- vente des médicaments et préparation des potions magistrales
- arraisonnement des navires
- visite du lazaret de l'îlot M'Bouzi
- visite de la léproserie de Mtsamboro
- visites mensuelles, bi-hebdomadaires ou hebdomadaires aux infirmeries des plantations dispersées dans l'île

En outre, le plus gradé fait office de chef du service de Santé.

Pour les visites qu'ils effectuent sur les plantations, ils reçoivent un abonnement des colons. Ils doivent pouvoir concilier ces tournées avec leurs autres responsabilités, ce qui n'est pas facile, étant donné les difficultés de communication à l'intérieur de l'île. C'est, à la fin du XIX[e] siècle, un argument pour réclamer le maintien de deux médecins à Dzaoudzi.

La police sanitaire est une de leurs attributions importantes ; ils reçoivent pour cela une indemnité annuelle d'arraisonnement d'environ 800 francs dans les années 1880 (16 % du traitement annuel d'un médecin de 2[e] classe). C'est après l'épidémie de fièvre jaune qui sévit en Catalogne en 1821 qu'est adoptée en France la loi du 3 mars 1822 qui organise la police sanitaire. Selon cette réglementation, on distingue les pays de provenance des navires en fonction des risques qu'ils peuvent faire courir. Les navires provenant de pays considérés comme sains sont admis à la "libre pratique" ainsi que ceux qui ont fait l'objet d'une visite et d'une enquête appelées arraisonnements. La patente de santé, exigée de tout navire, est un certificat faisant connaître l'état sanitaire de la région de provenance et du bâtiment lui-même.

On distingue ainsi trois régimes : patente nette, patente suspecte et patente brute. Des mesures de quarantaine sont prises dans les deux derniers cas. Elles ont lieu à l'îlot M'Bouzi où se trouve le lazaret de la colonie. Un gardien, à la charge du budget local, y est affecté. Les conférences sanitaires internationales, de plus en

Les démêlés du chef du service de Santé, le docteur Condé, avec le gouverneur de Mayotte

Conséquence des mesures de laïcisation, le gouverneur de Mayotte et dépendances, Jules Martin, écrit, le 30 octobre 1904, au ministre des Colonies, à propos des agissements du docteur Condé, chef du service de Santé.

• ANOM. MAD. 205/406

« C'est la première fois que m'incombe le pénible devoir de réclamer des mesures de rigueur contre un fonctionnaire, chef de service. J'oublierais donc volontiers les intempérances de langage de M. le Dr Condé, du moins en ce qui me touche personnellement, si d'autres propos tenus par cet officier au domicile privé de certains colons, propos dont je ne puis mettre en doute l'exactitude, si les paroles imprudemment lancées en présence d'autres fonctionnaires et jusque dans le bureau de mon chef de cabinet, ne me mettaient dans l'obligation, Monsieur le Ministre, de recourir à votre haute autorité. Sans doute, j'aurais pu infliger un blâme au chef du service de Santé, ou prendre à son égard une mesure plus grave. Mais ces sanctions n'auraient dû être prononcées sans mettre en présence le docteur et les colons que son attitude indisciplinée à l'égard du Gouverneur a péniblement surpris. Or, en cette petite localité, où ne sont pas réunis plus de dix Européens, cette mesure eut jeté du trouble et amené des querelles. Tous ceux que les mesures de laïcisation ont mécontentés, tous les agents locaux que j'ai dû supprimer par mesure d'économie, se seraient prononcés en faveur du chef du service de santé. C'est pourquoi, j'ai mieux aimé attendre et permettre au Département, saisi de tous les faits de la cause, de prendre, vis-à-vis de M. le Dr Condé, toutes les mesures qui lui paraîtront nécessaires.

« Jusqu'au premier août, date à laquelle j'ai pris mes arrêtés qui ont supprimé l'école congréganiste et laïcisé l'hôpital de Dzaoudzi, les relations du Gouverneur et du chef du service de santé furent correctes, sinon cordiales. Arrivé dans la colonie le 9 juin, j'avais dû prendre un arrêté le 15 pour assurer l'exécution de votre dépêche du 17 février 1903. Cette mesure qui indiquait si nettement mes sentiments personnels, n'avait pas été sans froisser les sentiments contraires du Dr Condé. Mais cet officier sut refouler habilement cette impression, et les relations privées que j'eus avec lui dans la suite ne commencèrent à se modifier que lorsque je manifestai l'intention formelle de substituer des infirmiers laïques aux sœurs hospitalières.

« Cette intention, dont je fis part au docteur dans mon bureau, n'eut pas l'heur de lui plaire. Il ne put même cacher son mécontentement, qui se traduisit aussitôt par une extrême pâleur. Il m'exprima le désir d'être autorisé à rentrer en France à ses frais si les infirmières recrutées dans la colonie ou à la Réunion ne s'acquittaient convenablement de leur tâche.

« Je répondis à M. le Dr Condé que je respectais ses convictions personnelles, mais qu'ayant toute autre considération, j'avais le devoir d'obéir aux instructions du Département qui dataient déjà de 16 mois et n'avaient reçu aucun commencement d'exécution. J'ajouterai, Monsieur le Ministre, que je serais un mauvais gouverneur et trahirais votre confiance, si je n'essayais par tous les moyens possibles

de me conformer à vos ordres. Je fis donc connaître au docteur que j'allais écrire à Monsieur le Gouverneur de la Réunion et à Monsieur l'administrateur-maire de Tamatave pour trouver les deux infirmières dont avait besoin l'hôpital de Dzaoudzi.

« Le 1er août, quand parurent mes premiers arrêtés au sujet de la laïcisation, je remarquai que le chef du service de Santé éprouvait une certaine gêne toutes les fois que ses fonctions l'obligeaient à se rencontrer avec moi. En diverses circonstances, le docteur Condé laisse échapper des paroles malheureuses que sa double qualité d'officier et de fonctionnaire ne lui permettait pas de tenir. Ainsi, le 15 septembre, se trouvant dans le bureau de mon chef de cabinet, il ne craint pas de s'écrier à propos de la circulaire du 2 mai, qui a prescrit de réduire le plus possible les dépenses du service hospitalier : « Ah ! Si le ministre a donné des ordres pour que les malades soient moins bien traités ! » Je dus aussitôt intervenir et dire au docteur que je ne saurais tolérer de pareilles réflexions.

« Un autre jour, le docteur Condé aperçoit un vieux cachet, aux armes de l'Empire, sur le bureau de mon chef du cabinet. Il l'examine, et le comparant au cachet actuel, ne peut s'empêcher de trouver que le premier produit meilleur effet. Puis, se tournant vers le buste de la République : « Regardez donc, dit-il à M. Dagènes, de quoi cela a l'air ! ».

« Cet état d'esprit du docteur trouve l'occasion de se manifester en maintes occasions. Ainsi, la Supérieure de Saint-Joseph de Cluny m'ayant adressé, le 28 septembre, au nom des autres sœurs, une lettre où elles exprimaient l'intention bien arrêtée de quitter le service de l'hôpital, le 12 octobre, avant que ne fussent arrivées à Dzaoudzi les infirmières laïques, je dus lui répondre, le même jour, pour lui faire connaître que je n'accorderais de réquisitions de passage à toutes les sœurs que sur une nouvelle demande, leur laissant ainsi toutes les responsabilités du départ. Or j'ai appris de source très sûre que le docteur, à qui la Supérieure avait montré ma lettre lui aurait dit : « écrivez donc au gouverneur que votre responsabilité est moins grave que la sienne ! ». Ce serait également le chef du service de Santé qui aurait conseillé aux sœurs de me demander une indemnité à l'occasion de leur licenciement.

« Je dois enfin, Monsieur le Ministre, ne pas vous laisser ignorer que des propos furent tenus à mon égard par le chef du service de Santé, qui sont de nature à porter atteinte à mon autorité dans la colonie que j'administre. Le docteur Condé, chez plusieurs colons, s'est livré à d'acerbes critiques sur l'ensemble des mesures que j'ai prises depuis mon arrivée aux Comores. C'est ainsi que la laïcisation des divers établissements de la colonie, le renvoi des sœurs et leur remplacement par des infirmières laïques, la suppression de l'école congréganiste et celle du traitement des missionnaires au budget de 1905, de même que le licenciement de plusieurs agents locaux, ont été sévèrement appréciés par cet officier. À maintes reprises, lorsqu'il avait été appelé chez des colons pour y soigner des malades, il a blâmé la suppression de certains petits fonctionnaires d'une moralité plus que douteuse, prenant uniquement leur défense à cause de leurs opinions réactionnaires.

Mayotte, le 20 mai 1864
Lettre du Commandant supérieur au ministre de la Marine et des Colonies

Monsieur le Ministre,

En conformité des prescriptions contenues dans la dernière partie de la dépêche que Votre Excellence m'a fait l'honneur de m'adresser le 9 septembre 1863, n° 91 bis, et qui n'est arrivée dans la colonie que le 26 février dernier, je m'empresse de lui faire parvenir un état conforme au modèle joint à ladite dépêche et présentant toutes les indications de nature à faire connaître au Département la situation réelle, au 1er de ce mois, du personnel des Sœurs de la Congrégation de Saint-Joseph de Cluny attachées à nos établissements du canal Mozambique.
Les religieuses de cette congrégation n'ont ici d'autre emploi que celui de sœurs hospitalières et d'institutrices des jeunes filles indigènes. Les premières sont payées au compte du service colonial, les secondes par le budget du service local. Nos hôpitaux, tant à Mayotte qu'à Nossi-Bé en occupent sept. Une seule est chargée de l'instruction des enfants indigènes, dans chacun des deux établissements, en tout neuf, dont 5 au compte de Mayotte et 4 pour l'établissement de Nossi-Bé ; mais depuis le mois d'avril 1863, l'une des sœurs s'étant trouvée dans un état de santé qui ne lui permettait plus de continuer ses services dans la colonie (Elle est morte depuis à La Réunion), l'effectif de cet établissement se trouve réduit à 4.
En tout état de choses, cette réduction de l'effectif serait fort regrettable car le service que font ces religieuses, tant comme sœurs hospitalières que comme institutrices, est excessivement pénible et fatigant et la moindre indisposition de l'une d'elles fait retomber sur les autres un fardeau trop lourd à porter ; mais c'est bien pis aujourd'hui par suite des circonstances dont j'ai eu l'honneur de rendre compte à Votre Excellence par une lettre du 5 avril 1864 (Colonies – 4e Bureau) et qui auront eu pour conséquence inévitable de fixer la résidence de la sœur institutrice à la Grande Terre. Or, il est contraire aux règles de l'Ordre qu'une religieuse demeure seule. La Supérieure est donc obligée de lui tenir compagnie au moins pendant la nuit.
J'apprends à l'instant qu'un incident vient de compliquer la situation : la Supérieure se trouve malade depuis hier et forcée de garder le lit, de sorte que l'institutrice est complètement seule depuis deux jours.
Nossi Bé se trouve, sous ce rapport, dans de meilleures conditions. L'école des enfants qu'elles dirigent se trouve contiguë à l'hôpital et toutes les sœurs présentes peuvent se prêter, au besoin, un mutuel secours. Néanmoins, la Supérieure de cet établissement réclame, depuis longtemps, une cinquième sœur dont elle juge le concours indispensable et comme le budget colonial n'en alloue que 3, et que le service local ne peut en payer plus d'une, la cinquième sœur présente est en sus de l'effectif est n'est point payée.
J'ai fait connaître à M. le Commandant de Nossi Bé les circonstances particulières dans lesquelles je me trouve sous ce rapport et je l'invite à faire diriger sur Mayotte, par la plus prochaine occasion, celle des religieuses de Saint-Joseph qui se trouve à Nossi Bé en sus de l'effectif payé.
Le Commandant supérieur, Charles Gabrié

Mayotte, le 20 Mai 1864

[illegible] copie

Monsieur le Ministre,

En conformité des prescriptions contenues dans la dernière partie de la dépêche que Votre Excellence m'a fait l'honneur de m'adresser le 9 Septembre 1863, N° 91 bis, et qui n'est arrivée dans la colonie que le 26 Février dernier, je m'empresse de lui faire parvenir un état conforme au modèle joint à la dite dépêche et présentant toutes les indications de nature à faire connaître au Département la situation réelle, au 1er de ce mois, du personnel des Sœurs de la Congrégation de St Joseph de Cluny attachées à nos établissements du canal Mozambique.

Les religieuses de cette congrégation n'ont ici d'autre emploi que celui de Sœurs hospitalières et d'institutrices des jeunes filles indigènes. – Les premières sont payées au compte du Service colonial, les secondes par le budget du service local. – Nos hôpitaux tant à Mayotte qu'à Nossi-bé en occupent Sept. – Une seule est chargée de l'instruction des enfants indigènes, dans chacun des deux établissements, en tout neuf, dont 5 au compte de Mayotte, et 4 pour l'établissement de Nossi-bé; mais, depuis le mois d'Avril 1863, l'une des sœurs s'étant trouvée dans un état de

S. E. le Ministre de la Marine et des Colonies.

Lettre du Commandant supérieur de Mayotte au ministre de la Marine et des Colonies, le 20 mai 1864, et transcription ci-contre.

• *ANOM. MAD. 230/501*

plus fréquentes à partir de la fin du XIXe siècle, conduisent à modifier fréquemment la réglementation dans ce domaine.

Des infirmiers, des sœurs hospitalières

Les médecins sont assistés d'un personnel soignant composé d'infirmiers et de sœurs hospitalières. Ces dernières sont couramment employées à cette époque dans les hôpitaux car elles sont considérées comme plus fiables que leurs consœurs laïques. On loue leur dévouement, leur discipline, leur stabilité. Elles sont encore près de 10 000 en 1905 en métropole. Un arrêté du 7 vendémiaire an VIII (29 septembre 1799) a prescrit leur emploi dans les hôpitaux de la Marine.

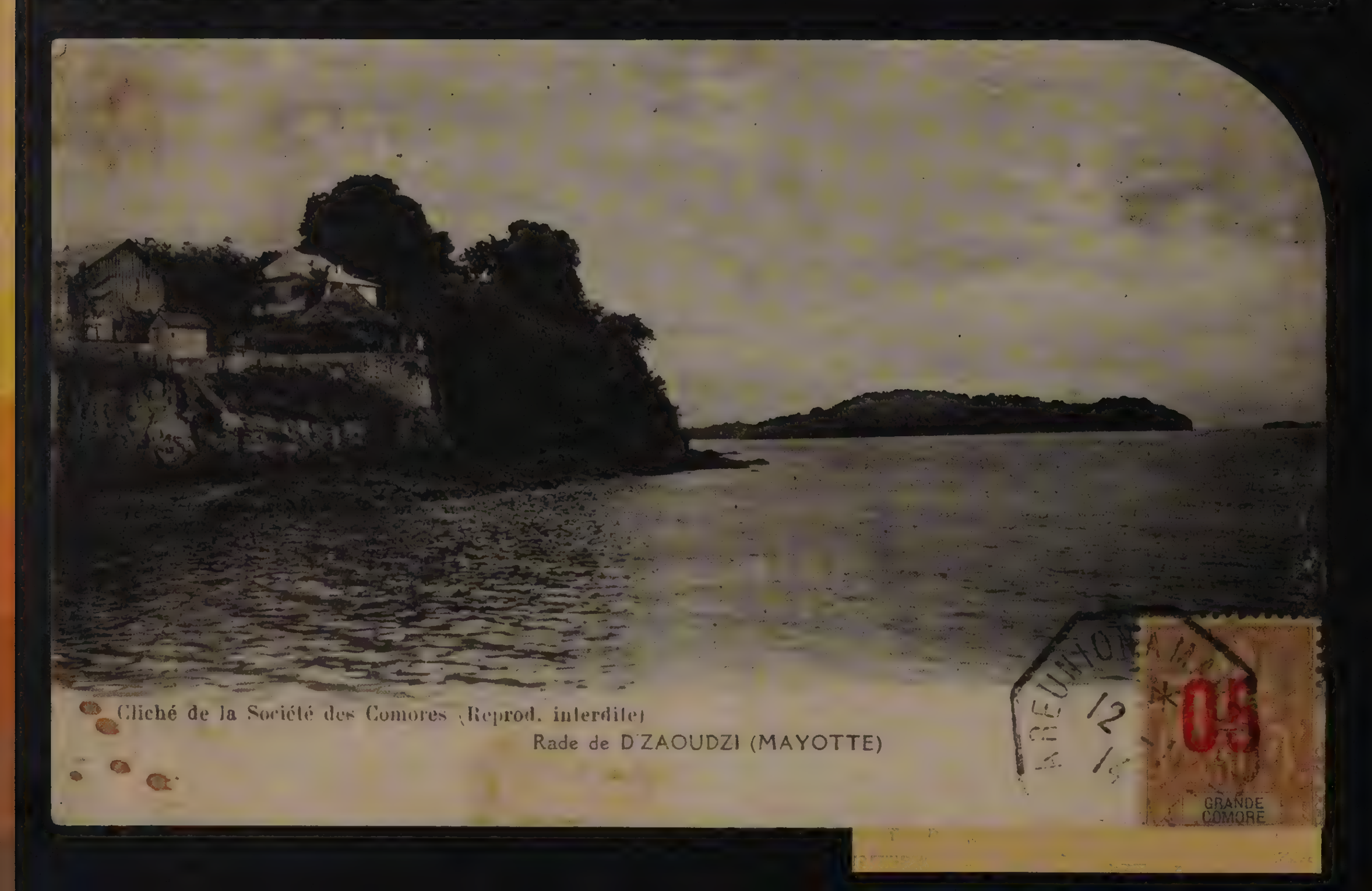
À Mayotte, la congrégation des sœurs de Saint-Joseph de Cluny, fondée par Anne-Marie Javouhey en 1806, et très active dans l'empire colonial français, fournit quelques religieuses : une sœur supérieure et quatre sœurs hospitalières vers 1850, puis trois dans les années 1880 et deux au début du XXe siècle. L'une d'entre elles s'occupe en outre de l'école des filles. Elles sont rémunérées sur le budget local. La sœur supérieure reçoit 800 francs par an à la fin du XIXe siècle, les autres 600 francs. Un abonnement de 800 francs payé à la congrégation et des indemnités de vivres de 2 francs par jour pour chacune des sœurs s'ajoutent à ces dépenses. En tout, 5 520 francs à la charge de la colonie. Un infirmier-major, assisté de trois ou quatre infirmiers, complète cet effectif.

Au début du XXe siècle, quelques années avant l'adoption de la loi de séparation des Églises et de l'État en 1905, des mesures de laïcisation touchent déjà les établissements d'enseignement et les hôpitaux. Une circulaire du ministre des Colonies du 14 février 1903, répondant à une résolution de la Chambre des députés adoptée en janvier, demande que des dispositions soient prises pour substituer un personnel laïque au personnel congréganiste. Des décrets sont publiés en novembre de la même année par les ministres de la Marine et des Colonies. Ces mesures sont appliquées au cours de l'année suivante à Mayotte, non sans susciter certaines oppositions, comme le montrent les démêlés du chef du service de santé, le docteur Condé, avec ses supérieurs. Il ne reste donc plus, après 1904, qu'un personnel infirmier, militaires des troupes coloniales ou infirmiers civils. Les conditions de gestion et les compétences de ce personnel sont très vivement critiquées lors de l'inspection effectuée, en 1906, par l'inspecteur Norès.

•••

La rade de Dzaoudzi.

• ADM. 1Fi 219



Pour aller plus loin

1848 : l'hôpital de Dzaoudzi, une des priorités du ministère

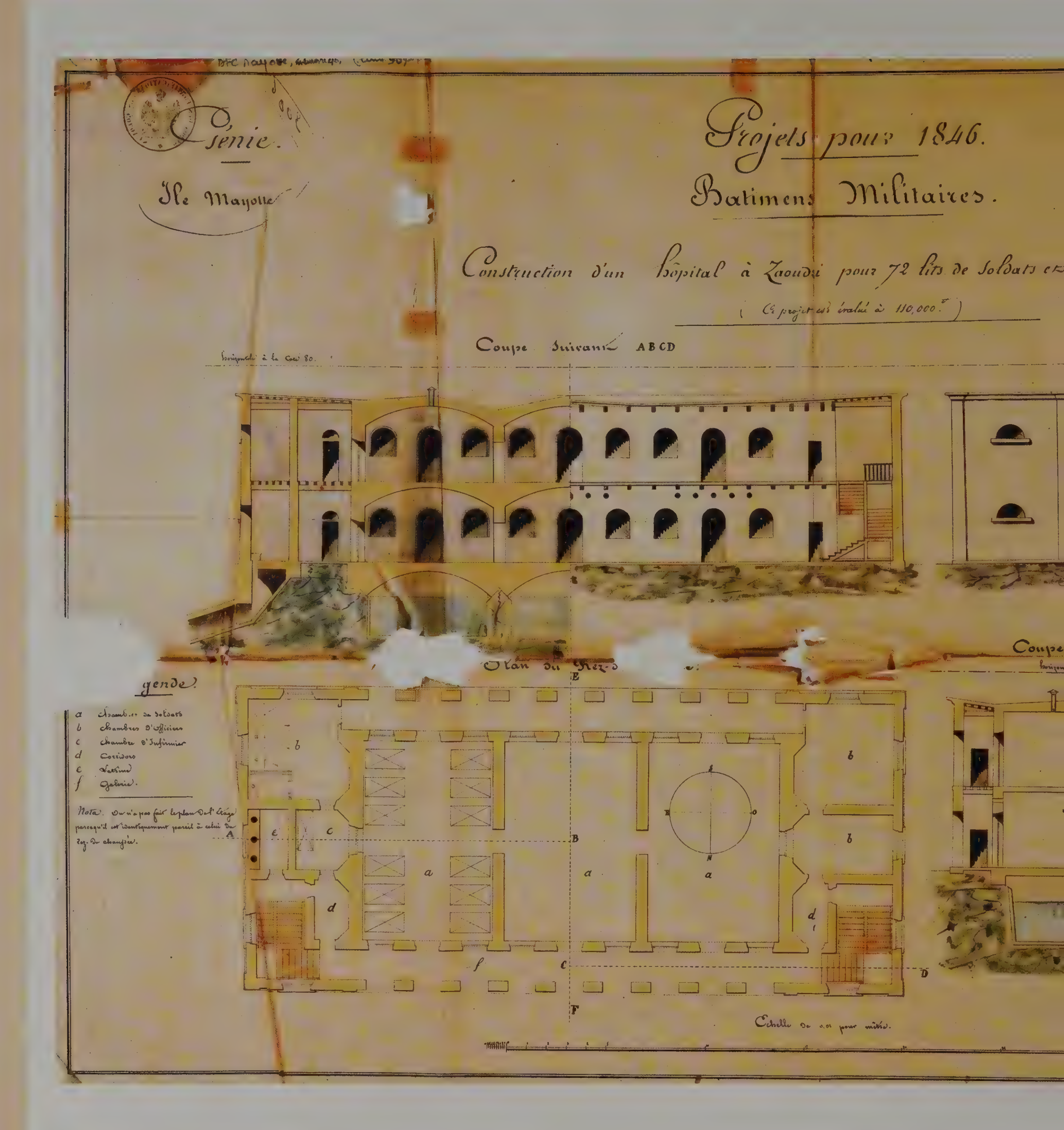


Citadelle de Dzaoudzi, projet d'ensemble 1846 (détail).

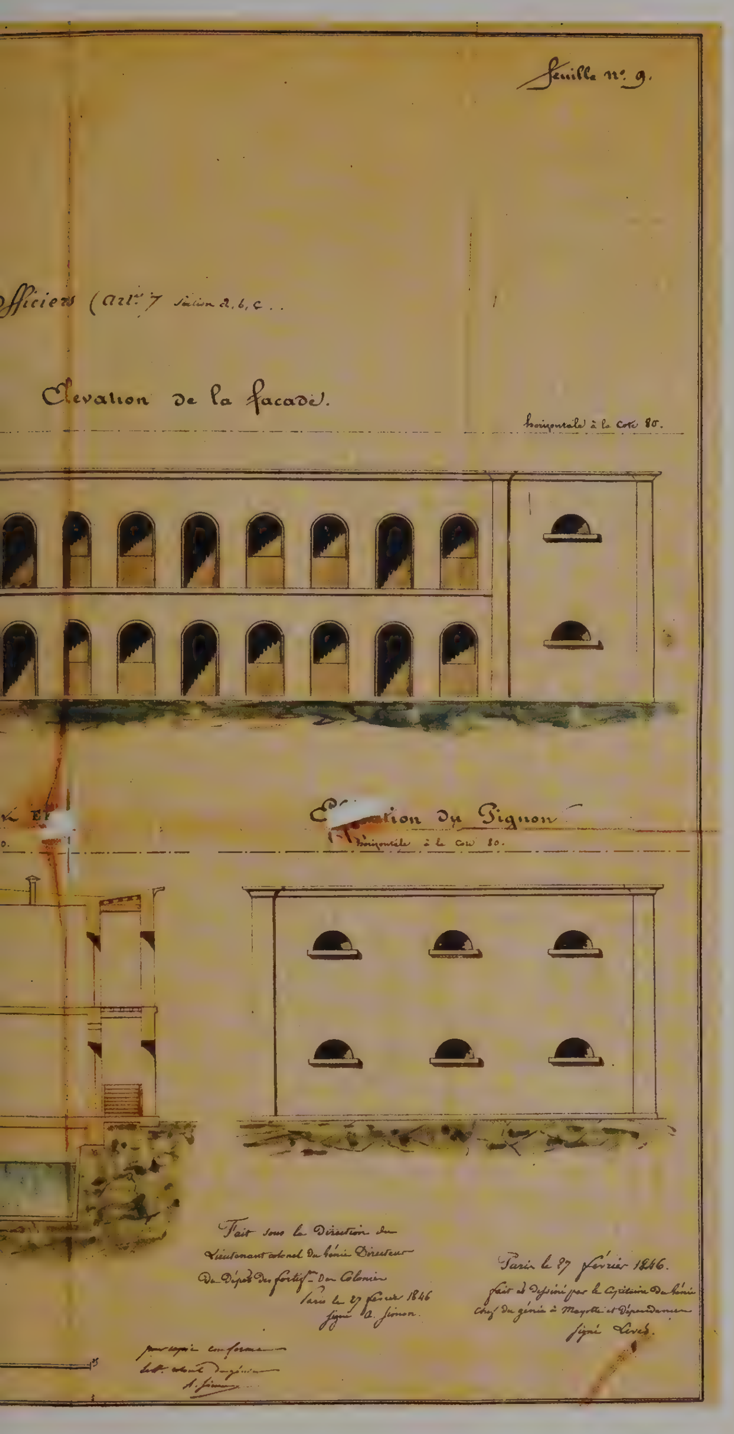
• *ANOM. DFC Mayotte. Mémoire 90, pièce 39*

C'est un des premiers bâtiments construits sur l'îlot avec la prison, la caserne, la chapelle, les pavillons des officiers. Après la prise de possession officielle en 1843, les fonctionnaires et la garnison logent dans des baraques en bois provisoires. La construction de l'hôpital de 1848 à 1851 fait donc partie des priorités du ministère. Au départ, le projet établi en 1846 prévoyait 60 lits mais on y ajouta 8 lits d'officiers et 12 lits de soldats. Le coût total était estimé à 220 000 francs (avec citerne, bâtiments accessoires et chapelle), le bâtiment principal revenant à 110 000 francs. Des salles sont réservées aux soldats, aux sous-officiers et aux officiers.

Alfred Grenet le décrit ainsi au milieu du XIXe siècle : « *L'hôpital militaire de la colonie de Mayotte dans le canal de Mozambique est établi sur l'îlot de Dzaoudzi qui mesure une surface de sept hectares et demi, et qui est le siège du Gouvernement et de l'administration du pays. Il reçoit non seulement les militaires, les fonctionnaires et autres agents du Gouvernement, tant de race blanche que des variétés noires, indigènes*



et africaines, mais aussi les colons, leurs employés et leurs travailleurs libres, Malgaches, Arabes ou Cafres. Les malades de race blanche sont logés au premier étage, dans les salles vastes et aérées de cet hôpital, aux voûtes et aux murailles épaisses ; les noirs sont couchés au-dessous dans des salles semblables, qui sont du côté du Sud, élevées d'un étage au-dessus d'une grande place menant de plain-pied à de profonds magasins pratiqués sous l'hôpital. Les soupiraux de ces magasins s'ouvrent près du sol, dans la cour intérieure très étroite qui est ainsi sur un plan plus élevé et presque de niveau avec les salles des noirs. En un mot, la façade Sud de l'hôpital a deux étages, et celle du Nord un seul. Dans la cour vis-à-vis de l'hôpital se trouvent les communs, un réduit pour les bains et un autre qui sert de magasin pour l'eau qu'on reçoit matin et soir de la Grande-Terre. Par ses dépendances exiguës, c'est réellement l'hôpital d'une citadelle. »[28]



Plan de l'hôpital, projets pour 1846.

• *ANOM. DFC Mayotte. Mémoire 90, pièce 46*

Les préoccupations de salubrité ont été prises en considération par le service du génie, chargé de la construction, à la fois pour la localisation de l'hôpital et pour l'alimentation en eau : *« Afin de rétablir la santé des hommes malades pour la plupart, par suite d'une excessive chaleur, nous avons pensé qu'il fallait préserver autant que possible, de la chaleur, les salles de l'hôpital militaire. Aussi, nous avons voûté ce bâtiment et nous l'avons recouvert d'une terrasse : sur chacune de ses façades, nous avons placé des portiques en maçonnerie qui préserveront fort bien les murs de l'action directe du soleil et ne laisseront arriver dans les salles qu'une lumière très amortie. »* [29]

En 1877, l'hôpital de Dzaoudzi fait partie des 23 hôpitaux et camps de repos permanents de la Marine existant dans les colonies. Cette année-là, il passe au service local et relève donc désormais du budget de la colonie. Une partie de ses ressources provient de la cession payante de médicaments et du remboursement des journées d'hospitalisation. Son emplacement sur le rocher de Dzaoudzi, conforme à sa première fonction d'hôpital destiné en priorité aux militaires et aux fonctionnaires, se révèle de moins en moins approprié si l'on prend en compte les besoins des habitants, l'accès difficile à partir de la Grande Terre, le manque d'eau. Une maison de repos située sur les hauteurs de Mamoudzou à Magi M'bini (la Convalescence) répond mieux aux conceptions médicales de l'époque qui promeut la recherche de l'altitude pour échapper aux “miasmes”. Ces installations ne jouent cependant qu'un rôle mineur dans le dispositif sanitaire et le docteur Vaudein propose d'en faire un véritable lieu d'hospitalisation en 1884.

Les documents montrent une activité soutenue de l'hôpital. Dans les années 1850 et 1860, c'est plus d'une centaine de malades qui sont admis chaque trimestre. La durée de l'hospitalisation varie. Elle est de dix-neuf jours en moyenne en 1861-1865 mais elle atteint vingt-huit jours pour les engagés des habitations. À la fin du XIXe siècle une salle du rez-de-chaussée sert, faute de mieux, de dortoir aux enfants de l'école des sœurs. À la même époque, les rapports d'inspections montrent le vieillissement du bâtiment principal tandis que les mesures d'économies envisagées touchent aussi l'hôpital et le service de Santé.



Disposition des constructions, au 20 novembre 1851, sur l'îlot de Dzaoudzi.

• *ANOM. DFC Mayotte. Mémoire 91, pièce 203*

Pour aller plus loin

Deux témoignages sur l'hôpital et le service de Santé à la fin du XIXe siècle

Le 21 juin 1898, un rapport de l'Inspecteur général Picquié est adressé au ministre des Colonies sur le fonctionnement de l'hôpital et du service de Santé à Mayotte.

• ANOM. MAD. 405/1082

« *Comme tous les bâtiments de Mayotte, l'hôpital de Dzaoudzi a été fort éprouvé par le cyclone et par les pluies diluviennes qui ont accompagné et suivi l'ouragan. Il est cependant resté debout, un peu plus délabré qu'autrefois et sert toujours de logements aux élèves de l'école des filles. Une des salles a, de plus, recueilli les religieuses. Les malades y sont en petit nombre, sept au jour où l'inspection s'y est présentée. En revanche, le personnel hospitalier y est surabondant, un médecin de première classe, un infirmier-major, quatre infirmiers ordinaires, deux blanchisseurs, un cuisinier et quatre religieuses, au total 13 personnes pour un effectif de sept malades. Encore ne comptai-je pas un écrivain des directions de l'intérieur qui remplit, cumulativement avec plusieurs autres fonctions celles de directeur de l'établissement.*

« *Avec un tel luxe de personnel, la journée d'hôpital doit atteindre un prix de revient fort élevé. Le service administratif n'a pas jugé à propos de le calculer ; il s'est abstenu depuis plusieurs années d'établir les comptes annuels réglementaires, a fixé à des chiffres datant de 1890 le taux des remboursements de journées d'hospitalisation, et paraît s'être complètement désintéressé de tout ce qui concerne cette partie du service. Il serait injuste de se montrer trop sévère à l'égard de jeunes employés, presque tous sans expérience, chargés d'attributions d'ordres différents pour lesquelles ils n'ont parfois aucune aptitude. L'administrateur factotum est rarement un bon administrateur ; à vingt ans, il est sûrement médiocre sinon mauvais. Mais ce cumul de fonctions ne s'impose pas Mayotte, et il est surprenant que l'autorité locale n'ait pas songé à confier la direction de l'hôpital à la personne qui paraît le mieux qualifiée pour cela, au médecin.*

« *Le décret du 20 octobre 1896 et l'arrêté du 10 mars 1897 ont cependant tracé la voie. Ces actes ont enlevé la police et l'administration des hôpitaux au service administratif pour les confier au service médical. C'est assurément une indication à laquelle il est bon de se conformer toutes les fois que les circonstances le permettent. L'hôpital de Mayotte n'est pas entretenu sur les fonds du budget colonial, et par conséquent il ne relève point, à strictement parler, des actes précités, mais il remplit exactement la destination des hôpitaux coloniaux, quoiqu'entretenu sur les fonds du service local. D'ailleurs, et ceci lève tous les scrupules, le médecin de première classe en service à Mayotte est également rétribué par le budget local, et il a, par suite, toute qualité pour diriger une formation sanitaire locale.*

« *C'est pourquoi j'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien décider que la direction, la police et l'administration de l'hôpital de Dzaoudzi seront confiées aux médecins de première classe dans les conditions prévues au décret du 20 octobre 1896 et à l'arrêté du 10 mars 1897. Le personnel placé sous ses ordres comprendrait :*

- 1 infirmier-major de première classe à la solde coloniale de 1 600 francs avec indemnité d'habillement de 73 francs par an. Cet infirmier remplirait les fonctions de commis aux entrées et de comptable ; il serait chargé de la pharmacie sous les ordres immédiats du médecin ;
- 3 infirmiers au lieu de 4 ;
- 1 sœur supérieure, chargé des vivres et du matériel ;
- 2 sœurs hospitalières au lieu de 3 ;
- 2 blanchisseurs et 1 cuisinier.

« Le service administratif, saisi par le directeur de tous les documents utiles, se bornerait à poursuivre le remboursement des cessions et des journées d'hôpital. Réduit à cette attribution, il serait sans excuse s'il ne s'en acquittait plus ponctuellement que par le passé. L'organisation proposée réaliserait une économie de 1 751 francs. Elle est très suffisante et susceptible de faire face à toutes les éventualités. Je ne crois pas utile de rétablir à Mayotte l'emploi de médecin de 2e classe. Cette mesure n'aurait qu'un résultat, celui de permettre à l'un des deux médecins de se consacrer à la clientèle civile. La visite des habitations et des usines est très lucrative, elle est aussi quelque peu absorbante ; mais l'État ne saurait supporter une charge qui, par sa nature, incombe aux particuliers. Si cependant les planteurs et usiniers s'entendaient pour constituer des fonds de concours et assurer à un médecin un traitement minimum, le Département ne refuserait certainement pas de rechercher un candidat parmi les médecins civils et de désigner, à défaut, un médecin de 2e classe du corps de santé des colonies. Il serait exagéré d'aller au-delà…

Dans ses *"Notes médicales"*(1), le docteur Neiret décrit l'hôpital de Dzaoudzi à la fin du XIXe siècle.

L'hôpital de Dzaoudzi à la fin du XIXe siècle :
« À chaque pluie, l'eau coule à travers les plafonds »

L'hôpital de Dzaoudzi est un vieux et solide bâtiment en maçonnerie, construit autrefois par le génie, auquel il ne manque que quelques réparations pour être très suffisant pour la colonie. Il appartient à la colonie, et toutes ses dépenses sont supportées par le budget local. Il est mal situé, dans un fond, alors qu'une butte lui cache la vue de la mer mais, au moment où il a été construit, on se préoccupait surtout de la défense de l'îlot, une batterie avait sans doute été établie sur la butte, et c'est sans doute à dessein que l'hôpital a été ainsi masqué.
Il a un rez-de-chaussée et un premier étage. Les murs sont épais, les salles voûtées. Une argamasse (2) sert de toiture. C'est la pire des toitures pour un climat aussi pluvieux que celui de Mayotte ; malgré les réparations continuelles, à chaque pluie l'eau coule à travers les plafonds. Au rez-de-chaussée, trois salles de dix lits chacune pour les Noirs, une chambre pour les femmes indigènes, actuellement employée comme lingerie. Derrière cette chambre est une autre chambre, pas plus grande, qui sert de dortoir aux enfants de l'école des sœurs. Il est fort regrettable que l'on ne puisse pas loger ailleurs ces enfants. Outre qu'elles sont en contact immédiat avec la salle des dysentériques, séparées qu'elles en sont seulement par une porte, elles sont entassées quinze dans un étroit réduit à peine suffisant pour en contenir cinq ou six. Au premier étage une salle pour les soldats, une pour les sous-officiers, une pour les officiers, une pour les officiers supérieurs.
Les paquebots qui transportent des troupes, les bâtiments de guerre laissent quelquefois à l'hôpital des militaires ou des marins. Les créoles n'aiment pas à entrer à l'hôpital ; il est vrai que les frais d'hospitalisation sont fort élevés. Les indigènes libres n'y entrent jamais. Les engagés montrent une assez grande répugnance à y entrer. Les propriétaires montrent une répugnance plus grande encore à verser les deux francs par jour, prix de l'hospitalisation des indigènes.
La plupart des malades se soignent donc à domicile. Le médecin fait à dates fixes des tournées sur les plus grandes des propriétés. […] Le service de la pharmacie est assez important. Comme il est impossible aux habitants de se procurer des médicaments en dehors de la pharmacie de l'hôpital, tout le monde est obligé d'y avoir recours. Le service local cède les médicaments au prix coûtant, avec une majoration de 25 pour 100.

(1) Dr Neiret, *Notes médicales recueillies à Mayotte*, Archives de médecine navale, 1897, n° 67, pp. 376-377. (2) Étendue en terrasse au sommet d'un édifice.

L'extension de l'empire colonial et les nouveaux besoins en personnel médical



Clovis Papinaud, gouverneur de Mayotte (3e en partant de la gauche), entre 1888 et 1893.
• ANOM. 8Fi394/1

Fin du XIXe siècle - début du XXe siècle, deux réformes successives concernant le service de Santé aux colonies traduisent la volonté de répondre aux nouveaux besoins en personnel dus à l'extension de l'empire colonial. C'est aussi l'époque où le département des Colonies gagne son autonomie avec la création d'un ministère de plein exercice en 1894.

Une première tentative de réforme a lieu en 1890 avec la création, par le décret du 7 janvier, du "Corps de santé des colonies et pays de protectorat", qui relève du ministre chargé des colonies. Un conseil supérieur de santé est mis en place à Paris et des conseils de santé institués dans chaque territoire. Les médecins doivent être titulaires du doctorat, leur avancement a lieu au choix et à l'ancienneté. Le corps est ouvert aux civils mais il va rester presque exclusivement militaire par suite de problèmes de recrutement.

HIÉRARCHIE du service médical	GRADES correspondants
Médecin inspecteur de 1re classe	Directeur du service de Santé de la Marine
Médecin inspecteur de 2e classe	Grade intermédiaire entre médecin en chef et directeur du service de Santé de la Marine
Médecin en chef de 1re classe	Colonel ; médecin en chef de la Marine
Médecin en chef de 2e classe	Lieutenant-colonel
Médecin principal	Chef de bataillon ; médecin principal de la Marine
Médecin de 1re classe	Capitaine ; médecin de 1re classe de la Marine
Médecin de 2e classe	Lieutenant ; médecin de 2e classe de la Marine

Etat nominatif du personnel de santé au 1er juillet 1903.

• *ANOM. MAD. 205/406*

Etat nominatif

du personnel (Officiers et hommes de troupe) détachés dans les services locaux et dont la solde est imputable sur les budgets locaux à la date du 1er juillet 1903

Noms	Grades	Fonctions	Résidence	Mutations survenues depuis le	Observations Date de la fin du séjour
Dr Blin (Georges Marie Joseph)	Troupes coloniales Médecin-major de 2e classe (H.C)	Chef du service de santé	Mayotte		30 Août 1903
Dr Doreau (Pierre)	Médecin aide-major de 1re classe (H.C)	Chargé de l'ambulance d'Anjouan	Anjouan		30 Octobre 1904
Dr Honorat	— d° — (H C)	Chargé de l'ambulance de Moroni	(Gde Comore)		30 Janvier 1904
Méric (Frédéric, Victor, Jean)	Infirmier-major de 1re classe (H.C)	Infirmier-major	Mayotte		30 Novembre 1903
Perriaux	Infanterie de marine Sergent	En mission	Mohéli		(Non payé sur les fonds du Service local)

La loi du 10 avril 1890 crée l'École principale du service de Santé de la Marine à Bordeaux. À leur sortie, en fonction de leur rang de classement, les élèves optent pour la Marine ou les Colonies. La création des troupes coloniales (ancienne infanterie et artillerie de marine) en 1900 marque une nouvelle étape. Cette arme dépend désormais du département de la Guerre. Le décret du 11 juin 1901, qui en précise l'organisation, prévoit dans son Titre III la création d'un service de Santé auquel sont désormais rattachés les médecins coloniaux. Ces derniers peuvent être recrutés :

- parmi les élèves des écoles du service de Santé ayant obtenu à leur sortie le diplôme de docteur en médecine. Ils sont nommés aides-majors de 2e classe ;
- parmi les docteurs en médecine qui sont admis comme stagiaires à la suite d'un concours.

Les uns et les autres doivent suivre pendant un an les cours d'une école d'application en médecine tropicale, l'École du Pharo à Marseille, à partir de 1905. Les médecins des troupes coloniales sont placés en position "hors cadres" (HC) quand ils exercent dans les hôpitaux coloniaux civils. Ils dépendent alors du ministère des Colonies. La hiérarchie des médecins dans le corps de Santé des troupes coloniales s'établit de la manière suivante :

HIÉRARCHIE du service médical	GRADES correspondant à la hiérarchie militaire
Médecin inspecteur général	Général de division
Médecin inspecteur	Général de brigade
Médecin principal de 1re classe	Colonel
Médecin principal de 2e classe	Lieutenant-colonel
Médecin-major de 1re classe	Chef de bataillon
Médecin-major de 2e classe	Capitaine
Médecin aide-major de 1re classe	Lieutenant
Médecin aide-major de 2e classe	Sous-lieutenant

Une pénurie de médecins et de personnel

L'établissement du protectorat français sur les autres îles de l'archipel des Comores va rendre encore plus criants les problèmes de personnel et la faiblesse des moyens budgétaires. En 1888, le médecin de 2e classe Séguy est chargé par le gouverneur de Mayotte d'une mission d'observation sur l'état sanitaire dans les trois autres îles. Il dresse un rapport qui montre l'ampleur des besoins auxquels les autorités françaises doivent faire face dans les années suivantes. Il n'y a en effet à cette époque *« ni médecin, ni service sanitaire »*.

Jusqu'en 1893, deux médecins exercent à Dzaoudzi, un médecin de 1re classe et un médecin de 2e classe. Mais, par la suite, et pendant quelques années, il n'y a plus qu'un seul médecin car, pour maintenir semble-t-il son gendre qui venait d'être promu médecin principal dans la colonie, avec donc une solde supérieure à la charge du budget local, le gouverneur Lacascade détache le médecin de 2e classe aux Comores. Des médecins aide-major exercent à Anjouan, puis en Grande Comore, à partir de la fin du XIXe siècle.

Dans ces circonstances, il suffit d'un événement inattendu et la situation devient difficilement gérable. La crise sanitaire que connaît

Pour aller plus loin

Une inspection effectuée en 1906 dénonce *« des conditions rudimentaires »*

Dans un rapport du 7 avril 1906, l'Inspecteur des colonies Norès alerte sur les conditions de fonctionnement du service de Santé de l'archipel des Comores. Après plus de soixante ans de présence française, il n'existe alors qu'*« un hôpital à Dzaoudzi, une infirmerie à Hombo (Anjouan) et une paillote à Moroni »*. Si l'hôpital de Dzaoudzi est convenablement aménagé et en mesure de recevoir une centaine de malades, il manque d'un pavillon d'isolement pour les contagieux.

• ANOM. MAD. 394/1060

[L'insuffisance criante des installations]

En dépit de sa solidité, le bâtiment principal, qui date de soixante ans, commence à donner quelques signes de fatigue : la terrasse n'est plus étanche, et sa réfection demanderait une très grosse somme ; il serait sage de songer à pourvoir d'ici une dizaine d'années à la construction d'un nouvel hôpital. La dépense pourrait être échelonnée sur un certain nombre d'exercices, avec d'autant plus de facilité que la construction sera sans doute faite en plusieurs pavillons séparés. Il y aurait le plus grand intérêt à profiter de cette circonstance pour transférer le nouvel hôpital à la Grande-Terre, où il serait appelé à rendre beaucoup plus de services qu'à Dzaoudzi ; j'estime d'ailleurs qu'il y aurait lieu de transporter à la Grande-Terre le siège du gouvernement et des différents services publics, qui se trouveront ainsi beaucoup plus à portée des administrés.

L'ambulance d'Anjouan, installée au plateau de Hombo sur un éperon dominant la ville de Moutsamoudou, est bien située ; mais elle a été fort mal construite : le sol n'est pas cimenté, la toiture laisse passer l'eau, et on a négligé de remettre en place la couverture en feuillage qui servait de protection au toit en tôle ondulée contre les rayons du soleil, et qui a été enlevée par le dernier cyclone. Les locaux ne permettent d'hospitaliser qu'une quinzaine de malades, les dépendances sont insuffisantes et l'établissement est très mal entretenu. Il est nécessaire de prévoir à très bref délai la construction d'une nouvelle ambulance un peu mieux comprise et mieux aménagée ; elle doit en effet pourvoir au traitement d'une population d'environ 30 000 indigènes et de plus de 100 Européens.

À Moroni, la situation est lamentable : il n'existe qu'une paillote rudimentaire, contenant cinq lits, et dont les prisonniers sont presque les seuls clients : les habitants témoignent, à juste titre, une vive répugnance à subir, à l'infirmerie, le contact de cette catégorie d'hospitalisés. Depuis 1904, il est inscrit au budget un crédit de 4 000 francs pour commencer la construction d'une ambulance et, depuis plus de deux ans, la question n'a point fait un pas ; on n'a toujours pas dressé le plan des travaux à entreprendre, on ignore encore si l'on bâtira plusieurs pavillons séparés, comme le demande le service de Santé, ou si l'on édifiera un bâtiment unique, d'après les vues du dernier chef du service des Travaux publics : on a même négligé, malgré les exhortations de l'inspection (rapports Nos 67 et 89), de négocier l'achat à la société Humblot et Cie du terrain d'Hadamboué sur lequel est établie la paillote actuelle, de sorte que le Protectorat est exposé à bâtir sur la propriété d'autrui. C'est un exemple frappant de l'inertie administrative, et il est vraiment inconcevable que le Protectorat n'ait point tenu à honneur, en présence de l'hôpital construit à Boboni par la Société pour ses ouvriers, de mettre à la disposition des 60 000 indigènes de la Grande Comore un établissement hospitalier un peu plus convenable que la paillote d'Hadamboué et ses cinq lits.

[Une gestion déficiente du personnel]

Si les installations officielles sont, en général, d'une insuffisance notoire, l'organisation du personnel laisse, de son côté, beaucoup à désirer. Aucun texte n'est venu la réglementer, et tout est abandonné, en cette matière, à l'appréciation de l'autorité.

Les médecins de colonisation envoyés dans la Colonie il y a quelques mois, ont une situation mal définie : on ne sait exactement si ce sont des fonctionnaires locaux recevant un traitement, ou des médecins libres ayant contracté un abonnement avec la colonie ; il n'a été pris aucune mesure générale pour déterminer les conditions à remplir par les candidats à ces fonctions (diplômes, limite d'âge, certificat d'aptitude à servir aux colonies), la nature de leur lien envers la Colonie, leurs obligations de service, leurs émoluments, leurs droits vis-à-vis du service local, les conditions de rapatriement, licenciement, etc. Si tous ces points avaient été exactement déterminés par arrêté du Gouverneur, la colonie n'aurait pas reçu un médecin de colonisation atteint d'une maladie constitutionnelle qui a rendu nécessaire son rapatriement d'office au bout de quatre mois de séjour à Anjouan. J'estime qu'il serait nécessaire de prévoir l'affectation d'un médecin à Mohéli, petite île habitée par 35 Européens et qui n'est jamais visitée par un vapeur : il serait utile que les 1 000 ouvriers employés sur les plantations puissent recevoir des soins médicaux : en cas de maladie ou congé d'un médecin de Mayotte, d'Anjouan ou de la Grande Comore, celui de Mohéli serait tout désigné pour exercer l'intérim ; actuellement par suite du rapatriement du Dr Candé, le service est assuré à Anjouan par le médecin de la Grande Comore, et cette dernière île, la plus peuplée de l'archipel, est privée de docteur.

La situation des infirmiers et infirmières n'est pas réglementée, et cette lacune ne laisse pas que de présenter de graves inconvénients : c'est ainsi qu'on a nommé à Dzaoudzi deux infirmières improvisées, qui avaient tout à apprendre de leur nouveau métier, et qui coûtent 3 000 francs par an au budget tout en ne rendant que de médiocres services ; une seule infirmière, secondée par une aide indigène suffirait pour cet hôpital si elle était convenablement choisie : M. le chef du service de Santé estime qu'avec 1 300 francs on pourrait s'assurer les services d'une infirmière de la Maternité de Paris ; il y a là une amélioration qu'il serait d'autant plus désirable de voir réaliser qu'elle se traduira par une économie budgétaire. Il sera utile de prévoir la nomination d'infirmiers européens du cadre local aussi bien que celle d'infirmières et de définir leur situation ainsi que celle des médecins de colonisation. Le Département, qui a manifesté son intention de ne plus détacher à l'avenir d'officiers du corps de santé dans les établissements hospitaliers des services locaux, ne tardera évidemment pas à appliquer la même mesure aux infirmiers militaires : il serait sage de se prémunir dès aujourd'hui contre cette éventualité.

[Des conditions de travail à améliorer pour le personnel indigène]

Le personnel secondaire indigène devra être soumis à une réglementation précise, exigeant avant toute nomination un stage dans une formation sanitaire, sinon même un certificat d'aptitude, et déterminant les cadres, les traitements et les conditions d'avancement. Si cette mesure avait été prise, l'Inspection n'aurait pas eu à constater à Moroni que l'infirmier Ali Bouaha, qui sait lire, écrire et parler très

Pour aller plus loin

L'état sanitaire des Comores en 1888

Médecin de 2e classe de la Marine, le Dr Séguy rend compte à Clovis Papineau, gouverneur de Mayotte et dépendances, dans une lettre en date du 27 novembre 1888, de l'état sanitaire des îles Comores.

• ANOM. MAD. 230/498

J'ai l'honneur de vous adresser le compte rendu de la mission que vous avez bien voulu me confier par votre lettre en date du 10 novembre à l'effet de constater l'état sanitaire des îles Comores et de donner aux résidents français les indications ou les instructions commandées par les circonstances, afin de prévenir dans l'archipel des Comores l'introduction de l'épidémie de variole signalée sur la côte ouest de Madagascar. La rapidité avec laquelle s'est effectué le voyage du Beautemps-Beaupré *ne m'a pas permis de m'assurer par moi-même de l'état sanitaire des principaux centres populeux des différentes îles du protectorat. J'ai dû m'en rapporter aux renseignements que j'ai pu prendre dans les points où a touché le* Beautemps-Beaupré *auprès des résidents français et des principaux habitants du pays. Cela est d'autant plus regrettable qu'il n'y a dans ces îles ni médecin ni service sanitaire.*

MOHÉLI […] Le paludisme est très développé à Mohéli, il frappe la population arabe et surtout les Européens et les Créoles. M. Barneau, instituteur, est sujet à de fréquents accès de fièvre, et son état général laisse beaucoup à désirer. J'ai vu là un employé de M. Sunley atteint d'anémie paludéenne profonde avec œdème des membres inférieurs. La variole qui sévit souvent épidémiquement à Mohéli paraissait avoir cessé ses ravages au moment de notre passage. D'après les renseignements que j'ai pu prendre, quelques cas de varioloïde (1) datant de deux mois étaient complètement guéris.

J'ai remis au Résident, M. Régnot, les instructions écrites que j'avais soumises antérieurement à votre approbation, au sujet des boutres provenant de la côte ouest de Madagascar, et je lui ai donné toutes les instructions verbales nécessaires pour préserver l'île de la contamination. J'ai visité la pharmacie de la Résidence qui contient les médicaments indispensables et qui peut s'approvisionner facilement à la pharmacie centrale de Mayotte. En résumé, l'état sanitaire de Mohéli, assez satisfaisant en ce moment, laisse beaucoup à désirer en temps ordinaire. Cela tient surtout à ce que l'hygiène, de même que dans toutes les autres Comores, n'existe pas à Mohéli. Les Mohéliens enterrent leurs morts un peu partout et le cadavre est à peine recouvert d'une légère couche de terre.

De plus, il n'est jamais pratiqué de vaccination dans le pays, bien que les habitants n'y soient pas du tout réfractaires. Il serait à désirer que des essais soient faits dans ce sens par les Résidents ou par les instituteurs. La pratique de la vaccine est si simple et elle est tellement entrée dans les mœurs aujourd'hui que nul ne doit l'ignorer.

GRANDE COMORE […] L'eau de source y est inconnue, au moins à 5 kilomètres, sur tout le littoral. Les habitants utilisent l'eau de pluie, très rare pendant

la saison sèche. Aussi les Comoriens ont-ils construit autour des villes des piscines distantes de la plage d'une cinquantaine de mètres, et qui se remplissent à marée haute d'une eau saumâtre, mais qui dissout bien le savon. Il n'y a pas de marais véritable dans l'île. [...]

“ *La variole sévit rarement à la Grande Comore. Cela tient sans doute à ce que les communications sont peu fréquentes avec les autres îles, ainsi qu'avec la côte ouest de Madagascar. Il y a longtemps paraît-il qu'il n'y a pas eu d'épidémie de variole et cette affection ne semble pas se trouver dans l'île à l'état endémique comme à Mohéli par exemple. Le résident p.i. et l'instituteur, M. Pupier, m'ont paru en parfaite santé. J'ai remis à M. Pupier, nommé résident p.i. les mêmes instructions qu'au Résident de Mohéli. Sa Hautesse, le Sultan Saïd Ali, avec qui j'ai eu un long entretien au sujet des mesures sanitaires à prendre contre l'importation de la variole dans ses États, a parfaitement compris l'utilité et la nécessité de ces mesures. Il m'a assuré qu'il donnerait des ordres en conséquence à tous les chefs de village du littoral et qu'il s'entendrait pour les détails avec le résident. En résumé, on peut dire que la Grande Comore est un pays sain ; mais c'est aussi un pays pauvre et n'offrant que peu de ressources à l'européen. L'état sanitaire y est bon.*

“ ***ANJOUAN** [...] Nulle part on ne trouve trace d'hygiène et la paresse des habitants leur fait employer l'eau saumâtre des puits qui n'est pas potable au lieu de l'eau limpide des ruisseaux. Les abords de Moutsamoudou, capitale de l'île, sont un dépotoir commun. Les rues sont étroites, ce qui rend l'aération des maisons plus difficile. Aussi l'état sanitaire de la ville laisse-t-il particulièrement à désirer.*

“ *Une épidémie de rougeole, en voie de décroissance, sévit à Moutsamoudou. Il n'y a pas eu de décès à enregistrer mais de nombreux enfants ont été atteints, entre autres une petite fille du Résident, M. Troupel, et une fillette de M. Cornet, instituteur. Une épidémie d'entérite, espèce de cholérine [(2)], frappe surtout la population indigène. On ne m'a signalé aucun cas de variole et j'ai appris qu'un assez grand nombre d'Anjouanais étaient vaccinés. La variole passe cependant pour être endémique à Anjouan. Je vous signalerai, M. le gouverneur, l'état de santé déplorable de Mme Cornet et de ses six enfants. Une jeune fille de 15 ans, que j'ai vue l'an dernier fraîche et vigoureuse, est aujourd'hui très anémiée par la fièvre et le climat. Un enfant de 11 ans cloué au lit par une fièvre rebelle et tenace d'origine malarienne. Une fillette de cinq ans, convalescente de rougeole, mais atteintes de bronchite morbileuse. Enfin, un enfant de 15 mois environ, au teint pâle, aux lèvres décolorées, miné par la fièvre paludéenne. Tous sont dans un profond état d'anémie. La famille Cornet m'a déclaré qu'elle avait toutes les peines possibles à obtenir du Résident la délivrance des médicaments indispensables. J'ai constaté cependant que ces médicaments existaient à la pharmacie de la Résidence.*

[(1)] Forme atténuée de variole. [(2)] Forme atténuée de choléra.

correctement le français, ne touche que les deux tiers de la solde d'un de ces gardes de police dont j'ai vivement critiqué l'insuffisance et l'apathie (rapport n° 51) : elle n'aurait pas non plus relevé à Dzaoudzi la réduction de 730 F à 480 F du traitement de l'infirmier Bouana Héry, employé depuis 33 ans à l'hôpital, chargé de la pharmacie, et qui remplace actuellement le sergent européen dirigé sur Madagascar. M. le Gouverneur p.i. a bien voulu s'engager à relever la solde de ces deux excellents serviteurs, mais n'a pas encore pris cette mesure : je souhaite que son successeur mette cette intention à exécution.

Dans le même ordre d'idées, je dois vous signaler tout particulièrement, Monsieur le Ministre, la situation faite à Anjouan au soldat infirmier Haghe, chargé de l'ambulance de Hombo ; cet homme est obligé de faire lui-même la cuisine des malades indigènes, fussent-ils des prisonniers en cours de traitement, il en est réduit à faire, sur sa maigre solde, l'avance des vivres achetés chaque jour au marché et même des cessions de médicaments, que les Européens ne se donnent pas toujours la peine de payer comptant, et on ne lui alloue même pas la remise réglementaire de 5 % sur le montant de ces sessions ; lorsque le cyclone du 16 décembre 1904 a eu emporté sa case, l'administration l'a mis dans l'obligation de la reconstruire à ses frais : la nouvelle case ayant été également enlevée par le cyclone du 10 décembre 1905, on ne sait pas davantage inquiété de la réédifier, et Haghe se trouve réduit depuis quatre mois à coucher dans la pharmacie. Les observations de l'Inspection, à ce sujet, n'avaient été l'objet d'aucune suite de la part de M. le résident Vienne. M. le Gouverneur p.i., auprès duquel j'avais très vivement insisté, a donné des ordres pour qu'elles reçoivent satisfaction complète et immédiate. Mais je dois constater que les procédés employés vis-à-vis du soldat Haghe et des infirmiers Ali Bouana et Bouana Héry témoignent, de la part de l'Administration locale, d'un regrettable défaut de sollicitude envers les humbles.

[Des carences dans la réglementation et l'organisation du service]

Le service de Santé n'est pas organisé dans la colonie : aucun texte ne détermine les attributions du chef de service, son action centralisatrice, ses devoirs et ses responsabilités, ses droits vis-à-vis de ses subordonnés ; l'échange direct de la correspondance entre ces derniers et leur chef a donné lieu à des conflits, par suite de la prétention émise par certains résidents de servir d'agents de transmission pour l'envoi de documents intéressant le secret professionnel. Il serait nécessaire que toutes ces questions fussent exactement réglementées.

En matière sanitaire, il n'a été pris contre les dangers de contamination que des mesures de défense insuffisante : lors de l'épidémie de peste qui a sévi à Zanzibar à la fin de l'année dernière, quelques dispositions actives furent prises ; le lazaret d'Anjouan reçut quelques réparations, une paillote fut édifiée à la Grande Comore à proximité de Moroni : aucune mesure ne fut prise à Mohéli. Pour Mayotte, on se contenta d'accorder une prime pour la destruction des rats et de commander en France un sérum antipesteux : mais la remise en état du lazaret de Bouzi et la construction d'un local à désinfection, réclamées par le Conseil sanitaire comme indispensables, n'ont reçu aucun commencement d'exécution : malgré une demande pressante de l'Inspection, qui avait proposé d'affecter à ce travail la main-d'œuvre pénale, à peu

près sans emploi à Dzaoudzi, M. le Gouverneur p.i. a persisté à ne donner aucune suite aux vœux du Conseil sanitaire. Il serait utile que des ordres fussent adressés à l'Administration locale en vue de l'exécution des travaux en question : la dépense n'excéderait pas 500 F si l'on avait recours pour ces constructions à la main-d'œuvre des condamnés. Faute d'entreprendre les travaux reconnus indispensables, et que rendent particulièrement urgents les relations des Comores avec l'Inde et avec Zanzibar, foyers d'épidémies toujours menaçants, l'archipel risque de se voir un jour mis en quarantaine par les ports avec lesquels il est relié, mesure qui lèserait gravement le commerce local et qui, en se prolongeant, pourrait provoquer dans les îles une véritable disette.

L'Assistance Publique n'existe pour ainsi dire pas dans la colonie, ou plutôt elle n'est pas organisée : les médecins soignent gratuitement les indigènes qui se présentent chaque jour à la visite, et les médicaments nécessaires leur sont délivrés sans remboursement, mais tout cela résulte de simples traditions et n'a jamais été réglementé. D'autre part, il est fait de temps à autre des tournées de vaccination, et les habitants de Mayotte et d'Anjouan, se soumettent sans répugnance à cette mesure prophylactique. Quant aux lépreux, nombreux dans l'archipel, ils sont internés dans l'îlot Zambourou [Mtsamboro] pour Mayotte et dans l'îlot Djouma-Djini pour Mohéli, mais aucune mesure d'isolement n'a été prise à Anjouan et à la Grande Comore, les deux îles les plus peuplées du groupe, et les malades de cette catégorie vivent dans la promiscuité la plus complète avec la population saine. Il est indispensable que des mesures immédiates soient prises pour mettre fin à une situation aussi contraire aux lois de l'hygiène : les lépreux d'Anjouan pourraient être internés à l'îlot de la Selle, ceux de la Grande Comore dans le cirque d'Iconi, mais on doit sans retard exproprier contre indemnité les propriétaires de ces deux emplacements et réaliser au plus tôt l'internement, sur l'absolue nécessité duquel tout le monde est d'accord.

Je ne puis passer sous silence la déplorable insuffisance des approvisionnements des diverses formations sanitaires : les demandes adressées au Département ne reçoivent satisfaction qu'avec des retards exagérés qui sont nuisibles à la marche du service. La Grande Comore était totalement dépourvue, au mois de février, de sulfate de quinine, de sulfate de soude et d'iodure de potassium ; Anjouan n'a pour ainsi dire plus de médicaments et des erreurs importantes sont commises dans les envois (voir rapport n° 67, page 5). À Dzaoudzi, l'hôpital n'a pas encore reçu les objets de pansement (marché Froger et Gosselin), dont la demande est parvenue à Paris le 15 août dernier. Il a fallu demander des cessions à l'hôpital de Diégo-Suarez et subir de ce chef une majoration de 25 %. Cette situation est à la fois onéreuse pour les finances locales et on ne peut plus gênante pour le service : il serait utile que l'envoi des objets demandés en France fût activé et que, pour plus de célérité, les commandes d'Anjouan et de la Grande Comore fussent emballées séparément et expédiées directement sur Moutsamoudou et sur Moroni sans passer par Mayotte.

Mayotte en 1898, avec le cyclone qui dévaste l'île en février et l'épidémie de variole dans les mois suivants, décide le ministère à proposer l'envoi, à titre provisoire, d'un médecin du cadre de Madagascar. En 1902, un détachement de Tirailleurs sénégalais, envoyé à Mohéli pour rétablir l'ordre, se trouve quelque temps sans médecin et c'est celui en poste à Anjouan, le médecin aide-major Amigues, qui y est envoyé en urgence.

De sérieuses objections à l'emploi de médecins civils

Le recours a des médecins civils est donc envisagé, non sans soulever des objections. Cette perspective présente l'avantage d'alléger le budget local qui n'a pas à supporter la solde coloniale d'un médecin mais elle pose un problème pour l'organisation du service de Santé car les médecins civils ne relèvent pas de la hiérarchie militaire et peuvent être difficilement astreints aux mêmes obligations. En 1898, le ministère propose à l'administrateur Mizon l'envoi d'un médecin civil qui s'établirait en même temps dans la colonie comme propriétaire agricole. Mizon n'y est pas favorable car il voit mal comment il serait possible de concilier les deux activités.



Le docteur Chauveau, en poste à Mayotte, à la fin du XIXe siècle.

• ANOM. 8Fi394/3

Malgré tout, en 1905, il est envisagé de déplacer les médecins aide-major en poste à Anjouan et en Grande Comore et de faire venir des médecins de métropole. C'est ainsi que le docteur Candé quitte Marseille pour Mayotte par le paquebot du 10 octobre pour remplacer l'aide-major Lamoureux, en poste à Anjouan. Mais, dès 1906, il doit être rapatrié pour raison de santé et le gouverneur par intérim de Mayotte, J. Martin, réclame pour le remplacer un médecin des troupes coloniales. En Grande Comore, c'est l'aide-major Carmouze qui doit être remplacé par le docteur Duché. On retrouve ce dernier à Anjouan dans les années 1909-1910 mais il semble bien avoir été un des rares dans ce cas. L'inspecteur Norès observe en 1906 que le statut de ces “médecins de colonisation” demande à être précisé.

Le recours à des médecins civils est donc un échec aux Comores comme d'ailleurs dans le reste des colonies sauf en Indochine. Dès le début du XXe siècle, on a donc recours à des médecins indigènes de l'Assistance médicale provenant de Madagascar.

Les difficultés budgétaires, un frein au développement

Les difficultés budgétaires ne permettent pas les améliorations requises. C'est le budget local, reposant sur les impôts payés par les habitants, qui permet d'assurer le fonctionnement de l'administration et de ses services, dont le service de Santé. Les remboursements des journées d'hospitalisation et les cessions de médicaments complètent ces ressources.

La "solde et accessoires" des médecins constitue une part importante du budget. C'est une solde dite "coloniale", double de celle de la métropole. Elle atteint près de 7 000 francs annuels pour un médecin-major de 2e classe en 1905, à laquelle peuvent s'ajouter des indemnités de fonction. Par exemple, la même année :

- Arraisonnement des navires	600 F
- Visite des écoles, des fonctionnaires, des prisons, de la léproserie et du lazaret	500 F
- Arsenal de chirurgie	189 F
- Comptabilité et entretien de la pharmacie	476 F

Le déclin économique de Mayotte à la fin du XIXe siècle, lié à celui de l'industrie sucrière, est accéléré par le cyclone qui dévaste l'île le 28 février 1898. Le budget de la colonie, qui repose sur la capacité contributive des habitants, est soumis à rude épreuve alors qu'il doit assumer la charge du nouveau poste de gouverneur créé pour Mayotte et rembourser à partir de 1903, la somme de 500 000 francs, "prêtée" par le Parlement pour faire face aux dégâts du cyclone. Des mesures d'économie sont réclamées régulièrement par l'Administration.



L'hôpital de Dzaoudzi.

• ADM. 1Fi 164

3 Médecine et colonisation dans la première moitié du XXe siècle

DANS LA PREMIÈRE moitié du XXe siècle, après le temps de la conquête et de la pacification, vient celui de la consolidation administrative et de la mise en valeur pour le domaine colonial français. Dans ce contexte, l'élément déterminant pour l'archipel des Comores est la fin de son autonomie administrative et financière. Le rattachement des Comores à Madagascar, amorcé avec le décret du 9 avril 1908, devient complet en 1914. L'archipel forme désormais une province de la "colonie de Madagascar et dépendances" et dépend de Tananarive pour toutes les décisions, y compris en matière de santé. Cela se traduit par l'adoption progressive de la réglementation malgache même si le contexte culturel et social n'est pas du tout le même, d'où les plaintes fréquentes des fonctionnaires à ce sujet. C'est ainsi que l'Assistance médicale indigène (AMI) est mise en place en 1915.

Le deuxième changement, avec d'importantes implications dans le domaine de la santé publique, est d'ordre politique et tient aux nouvelles perspectives que la métropole envisage désormais pour son empire colonial. Épuisée par le premier conflit mondial, la France y voit une nouvelle source de puissance qu'il faut développer, en particulier sur le plan économique. Avant 1914, la crainte du déclin démographique avait déjà conduit certains responsables, comme le lieutenant-colonel Mangin, à envisager l'utilisation massive de soldats venus des colonies (son ouvrage, *La force noire*, est publié en 1910). Albert Sarraut, ministre des Colonies de 1921 à 1924, propose un plan de mise en valeur où figure en bonne place une véritable politique de santé. Son successeur au ministère, Édouard Daladier, dans ses *"Instructions relatives au développement des services de médecine préventive, hygiène et assistance dans les colonies"* du 30 décembre 1924, précise ce que doit être l'action des services de Santé dans les colonies : *« La présente circulaire a pour objet d'insister sur la nécessité impérieuse de donner dans nos colonies, toute l'extension possible aux services de médecine préventive, hygiène et assistance, dont le but principal est d'assurer la protection sanitaire des collectivités et de les mettre à l'abri des causes de mortalité ou de dépérissement, qui empêchent le développement des races*



Affiche de la Ligue maritime et coloniale, dans les années 1920.

© Musée des troupes de marine (Fréjus)

Une dénonciation des "sorciers" indigènes dans le rapport politique de 1916.

• ANOM. MAD. 2D73

Extrait

EXTRAIT DU RAPPORT

POLITIQUE ET ADMINISTRATIF de

la Province des Comores

(Année 1916)

ASSISTANCE MEDICALE INDIGENE

....

....

Tous ces médecins, tous ces devins, tous ces oracles, tous ces mages, tous ces escrocs pourvus d'herbe et de science par les boutiquiers indiens entravent le progrès, enrayent l'évolution des intelligences, cadenassent les esprits, sèment la méfiance, répandent l'erreur et la terreur, troublent la tranquillité publique comme les croyances individuelles. Leur nombre est en fonction de leur puissance et de notre prestige. Ils abondent à la Grande Comore où notre autorité n'est acceptée que pour se force; ils se raréfient à Mayotte où les heureux effets de nos institutions et de notre administration sont mieux compris qu'à Angazidya. Nous devons les combattre partout, au nom même de la religion musulmane, qui condamne à la peine de mort les sorciers maléficiants et les magiciens.

Voici l'énumération des sorciers de Mayotte:

Tsirindini----------------	- makoa -	Pamanzi
Loasi--------------------	-comorien	-id-
Madi Loilimou------------	-anjouanais -	Labattoir
Madi Miradji-------------	-id-	-id-
Ousseni Oili-------------	-id-	-id-
M'chinda Surady----------	-id-	-id-
M'Guereza----------------	-comorien -	M'Sapéré
M'colo assani------------	-malgache -	Majicavo
M'colo Makoa-------------	-id- -	-id-
Ali Oi Ouma--------------	-comorien -	Passamainty
Ba Combo Assani----------	-anjouanais	Kongo
M'Kuigna-----------------	-makoa	Majicavo
Ayomba------------ --------	-makoa mehelien -	M'Sapér
Chafi Soufou-------------	-comorien	-id-
Foundi Ali Youssouf------	-comorien -	id-
Saidi M'Bamba------------	-comorien -	id-
M'Baraka Amadi-----------	-comorien -	id-
M'lamali-----------------	-comorien -	Bandamaji
Bjihadi Ali--------------	-comorien -	Chingoni
Bakary Soufou------------	-comorien -	Mouliha
Boina Djouma-------------	-comorien -	Aqua
Ousseni Djouma-----------	-mahorais -	M'Zambourou
Bakoyo-------------------	-mahorais -	Bandaboi
Hamadi Tsifanova---------	-malgache -	Chembignomba
Abdallah Oili------------	-Anjouanais -	Ajouan
Foundi M'Bae-------------	-comorien -	M'Ramadoudou
Chebani Amadi------------	-malgache	-Proani
Ali Tandra---------------	-mahorais -	Sada
Assani Savia-------------	- -id- -	Bandeli

Dochina........

indigènes. » [30] Plus loin, il précise les principales affections contre lesquelles il faut lutter en priorité : les maladies vénériennes, la tuberculose, la lèpre, le paludisme. Ce sont les *« principales causes de dépeuplement et de déchéance des races indigènes »*. Il s'agit alors, selon une expression du gouverneur général de l'AOF Jules Carde, de *« faire du noir »*.

On commence ainsi à envisager de manière globale et coordonnée l'action sanitaire dans les colonies. Un responsable du service de Santé estime que *« leur mise en valeur est un problème démographique qui ne peut être résolu que par la collaboration intime du service de Santé et de l'administration. »* Il propose d'*« améliorer l'armement sanitaire intercolonial »* et d'*« orienter le plan de campagne vers la protection des races indigènes. »* [31]

L'accent est désormais mis sur l'organisation des soins, la prophylaxie et l'hygiène, la protection maternelle et infantile. Une nouvelle approche des maladies prenant en compte les conditions sociales et la diffusion de la notion de "complexe pathogène", développée par Max Sorre dans les années trente, ont pu aussi contribuer à ce renouvellement de l'action des services de santé coloniaux. Enfin, les progrès enregistrés sur le plan de la connaissance des grandes endémies et de leurs vecteurs, dès avant la première guerre mondiale, permettent désormais d'envisager une lutte efficace, à condition de s'en donner les moyens. Ce sera en partie le cas en AOF, en AEF et à Madagascar, mais beaucoup moins aux Comores même si les méthodes hygiénistes, les vaccinations tendent à se développer dans l'archipel. Malgré les ambitions affichées, le manque de moyens financiers, accentué par la crise des années trente, reste un obstacle majeur.

Résistances culturelles et limites de la politique coloniale

La mise en place d'un service de santé, même aussi rudimentaire que dans le cas des Comores, s'est souvent heurtée aux réticences, à la méfiance des habitants, comme d'ailleurs

Extrait du Rapport politique et Administratif de la Province de Comores pendant l'année 1918.

....

ASSISTANCE MEDICALE INDIGENE.-J'ai souvent demandé que les médicaments soient expédiés de Madagascar directement sur chacune des 4 îles de l'archipel, je reviens instamment sur cette proposition qui, pour n'avoir pas été acceptée, a privé les 3 îles d'Anjouan, de Moheli et de la Grande Comores des médicaments les plus indispensables. La centralisation des envois à Dzaoudzi (Mayotte) impose, en effet, des retards considérables dans la réexpédition sur les hôpitaux des autres districts: les caisses nous arrivent à Mayotte 3 fois l'an par un vapeur annexe; les approvisionnements des îles excentriques attendent ici quatre mois le vapeur suivant, une ou plusieurs semaines une occasion de mer, aléatoire par boutre, non ponté, qui expose les produits à la pluie ou aux coups de mer, des jours durant.

Il conviendrait enfin de recommander au médecin européen du chef-lieu de ne pas utiliser à son service personnel les meubles ou le matériel de l'hôpital de Dzaoudzi (assiettes, verres, cuillers, fourchettes) dont les frais d'entretien et de remplacement incombent à un budget alimenté par de modestes ressources.

&

& &

Le personnel de l'A.M.I. suffit aux besoins urgents; il ne correspond pas cependant aux nécessités locales.

La sage-femme de Mayotte partie à Tananarive en congé de convalescence n'a plus reparu aux Comores sans que nous sachions les motifs qui retardent son rétour; ces auxiliaires rendraient de grands services dans le traitement des femmes indigènes; les matrones leur sont naturellement hostiles mais l'administration saura sévir contre ces empiriques lorsque les parturientes disposeront de femmes diplômées pour les assister; la polulation d'Anjouan m'a plusieurs fois réclamé une sage-femme. Ces praticiennes qui nedevraient soigner q qu'à domicile, pour le moment, recevraient bon accueil à Mutsamudu (Anjouan) et seraient utiles à Pamanzi (Mayotte) et à Moroni (Grande Comore).

Le recrutement des infirmiers deviendra difficile si ces agents ne reçoivent pas d'avancement dans les délais normaux; la décision provinciale prise pour leur promotion en fin de 1917 n'a reçu ni approbation ni désapprobation, elle n'a pu recevoir, par suite, d'exécution; en conséquence, l'infirmier Dimanche de Dzaoudzi a abandonné son emploi sous le couvert d'un congé pour affaires personnelles passé à Majunga; la décision provinciale signée aux mêmes effets en octobre 1918.........

Extrait du rapport politique de 1918.

• ANOM. MAD. 2D73

dans les autres colonies, car *« les méthodes utilisées furent souvent autoritaires et perçues par les populations comme des atteintes brutales à leur identité, à leurs modes de vie, voire à leur intégrité physique. »* [32]

L'exercice de la médecine est un enjeu important de pouvoir et la science des Européens remet en question les hiérarchies sociales établies par la tradition. Depuis le XIXe siècle, les administrateurs, le ministère des Colonies, n'ont de cesse de dénoncer ce qu'ils considèrent comme de la passivité voire de l'obscurantisme de la part des populations et qui traduit en fait l'opposition de deux cultures et la difficulté d'imposer des pratiques médicales et sanitaires qui sont associées au pouvoir de la puissance colonisatrice.

Le recours aux guérisseurs, aux "sorciers", aux "matrones", mentionnés dans tous les rapports, confirme la persistance d'une médecine traditionnelle parallèle à la médecine européenne et incomprise par celle-ci. Elle est très critiquée par l'administration coloniale qui y voit une concurrence inadmissible pour l'AMI et sa "mission civilisatrice" mais aussi une menace pour ses intérêts. Il y a aussi une certaine méfiance de la part de la population à se faire assister par des médecins et des sages-femmes d'origine malgache issus des écoles de Tananarive. Cela tient peut-être au souvenir toujours présent des razzias malgaches de la fin du XVIIIe et du début du XIXe siècle qui ont dévasté les Comores et aussi au fait qu'ils sont chrétiens.

Il faut cependant observer que le colonisateur ne se donne nullement les moyens de corriger le poids de la tradition car le système scolaire officiel reste rudimentaire tout au long de la période. L'insuffisance du personnel médical en général et en particulier des sages-femmes, l'absence de personnel qualifié indigène, souvent relevés dans les rapports, contribuent à maintenir les populations dans leurs pratiques traditionnelles. Deux extraits des rapports de 1920 et 1934 permettent d'apprécier le regard porté par le colonisateur sur cette question.

Dans le rapport politique de 1920 concernant Mayotte, l'administrateur s'inquiète de la baisse de la natalité. On peut cependant s'interroger sur la réalité de ce phénomène étant donné l'absence d'état-civil, mais il traduit une préoccupation en lien avec celle des autorités à Paris.

Il note : « *Aucune maternité n'existe aux Comores et c'est là une grave lacune de l'Assistance Médicale Indigène à laquelle il importe de remédier. La sage-femme de Mayotte, partie en congé de convalescence, n'a plus reparue. La claustration des femmes musulmanes ne leur permet pas de faire appel aux médecins indigènes, qui ne sont appelés qu'à la dernière extrémité en cas d'accident. Nous laissons le champ libre aux matrones : et c'est là encore une des causes de la stagnation de la natalité. Il est nécessaire d'installer une sage-femme dans chaque île. Des essais de cours de maternité ont été tentés à Mayotte. Ils ne donnèrent aucun résultat. La preuve de l'impossibilité de recruter des sages-femmes sur place est donc faite. Le moyen que je préconise est de n'affecter aux postes médicaux des Comores, très rémunérateurs, que des médecins indigènes dont les femmes exercent cette profession. Le moyen est simple, pratique et susceptible d'heureux résultats.* »[33]

Dans celui de 1934 concernant la Grande Comore, le chef de la subdivision note : « *Les Comoriens lettrés ne sont pas en général réfractaires à la médecine européenne et ont une grande confiance dans le service de l'AMI, la preuve en résulte dans les nombreuses consultations journalières aussi bien à l'hôpital qu'en ville. Dans la brousse, par contre, la politique de l'hygiène rencontre de farouches résistances de la part de l'indigène qui n'aime pas être contrarié dans ses habitudes. Presque partout dans les villages éloignés du centre, l'indigène a pris son parti des maladies contagieuses ; il vit avec elles sans y prendre garde et la recrudescence du mal, il l'attribue à quelque sortilège. Aussi se résigne-t-il malaisément de rentrer à l'hôpital car c'est toujours contre son gré qu'il s'éloigne de son entourage familial.*

Ce qui plus que tout le reste, entrave les progrès de l'hygiène dans la brousse, c'est l'opposition sournoise des guérisseurs indigènes (sorciers). Là nous nous trouvons en présence de croyances et d'institutions qui sont étroitement liées à l'ensemble de la vie sociale et religieuse et qu'on ne peut attaquer sans toucher à quelque chose de sacré. C'est dire que le dévouement ni la science du médecin ne suffisent pas, qu'il ne peut se passer de connaître à fond les coutumes et les idées de ses clients et qu'il se doit d'avoir, lui aussi, une politique indigène.

En matière d'accouchement les indigènes accordent de plus en plus confiance à la médecine européenne, preuve en est qu'en 1934, plusieurs accouchements ont été pratiqués à l'hôpital. Hors de la ville de Moroni, les matrones sont toujours consultées et appelées ; elles sont d'ailleurs nécessaires, une seule sage-femme est insuffisante aux multiples accouchements.

Il serait opportun d'initier ces matrones aux lois de la propreté et de l'hygiène, ce qui réduirait la mortalité infantile. »[34]

Les accouchements se font donc essentiellement à domicile jusque dans les années 1950 ; il n'y a ainsi que 45 accouchements à l'hôpital de Dzaoudzi, 11 au poste médical de Mamoudzou pour toute l'année 1944 ; en Grande Comore, on en compte seulement 88 en 1941 et 66 en 1943 pour une population estimée à 80 000 habitants.

Les problèmes de communication

La difficulté des déplacements a toujours été un problème important. À Mayotte, la localisation de l'hôpital à Dzaoudzi oblige les patients à des trajets parfois longs, surtout pour ceux qui viennent de l'ouest et du sud de l'île. Pour faire la traversée depuis la Grande Terre, il faut prendre une embarcation qui circule trois fois par jour dans les deux sens en 1918. D'où les projets répétés, et toujours remis, de construction d'un hôpital à Mamoudzou.

C'est un problème récurrent, dont on trouve mention dans le rapport politique pour l'année 1932 : « *Le premier vœu que je formule est qu'un poste de vaccination périodique soit créé à Mamoutzou. Les difficultés de communication entre cette localité et Dzaoudzi empêchent les intéressés, et ils sont nombreux, de se rendre au chef-lieu. Outre que le prix du passage, aller et retour, est de 3 francs, les indigènes en traite-*

L'activité des formations hospitalières aux Comores d'après le rapport politique de 1920.

• ANOM. MAD. 2D76

	Restant au 1er jour du mois			Entrées			Sorties			Décès			Restant au dernier jour du mois			Consultants		
	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E	H	F	E
1- **Maladies épidémiques et contagieuses**																		
Angine diphtérique et érysipèle	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Grippe	-	-	-	50	5	1	34	2	-	3	1	-	13	2	1	2557	578	1949
2- **Maladies endémiques**																		
Paludisme accès intermittent	2	-	-	73	7	5	73	7	5	-	-	-	2	-	-	1937	588	562
Paludisme accès pernicieux	-	-	-	1	1	-	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
Anémie et cachexie	-	-	1	11	5	-	11	5	1	-	-	-	-	-	-	160	69	70
Typho-malaria	-	-	-	2	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-
Fièvre bilieuse hémoglobinogène	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Dysenterie	-	-	-	3	1	-	2	1	-	-	-	-	1	-	-	5	1	-
Éléphantiasis – pian	-	-	-	35	6	12	32	6	12	-	-	-	3	-	-	190	20	128
Lèpre	-	-	-	3	2	-	3	2	-	-	-	-	-	-	-	13	7	1
3- **Maladies sporadiques**																		
Maladies générales	-	-	-	6	-	-	6	-	-	-	-	-	-	-	-	326	58	13
Maladies du système nerveux	1	-	-	8	-	-	8	-	-	1	-	-	-	-	-	414	136	28
Maladies de l'appareil circulatoire	-	-	-	3	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	42	11	6
Maladies de l'appareil respiratoire	1	-	-	36	7	2	27	6	2	9	1	-	1	-	-	1372	378	437
Maladies de l'appareil digestif	-	-	-	23	-	-	17	-	-	5	-	-	1	-	-	1282	408	628
Maladies de l'appareil locomoteur	-	-	-	3	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	121	23	6
Maladies de l'appareil génito-urinaire	-	-	-	21	-	-	19	-	-	1	-	-	1	-	-	142	14	4
4- **Maladies chirurgicales**																		
Néoplasmes	-	-	-	1	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	14	14	1
Lésions des os / articulations	2	-	-	14	1	2	12	1	2	2	-	-	2	-	-	150	27	26
Lésions des parties molles	-	-	-	15	-	1	15	-	-	-	-	1	-	-	-	640	69	186
Phlégmons établis	-	-	-	23	2	-	21	1	-	-	-	-	2	1	-	299	55	83
Ulcères	12	-	-	92	4	7	89	4	6	2	-	-	13	0	1	1874	388	780
Maladies des yeux	-	-	-	6	1	-	6	-	-	-	-	-	-	1	-	195	86	100
Maladies des oreilles et nez	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	79	47	105
Maladies des dents	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	58	9	11
5- **Maladies vénériennes et cutanées**																		
Syphilis	7	1	-	29	2	-	31	3	-	1	-	-	4	-	-	622	262	188
Chancre mou	-	-	-	3	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	47	-	-
Blennorragie	-	-	-	2	1	-	1	1	-	-	-	-	1	-	-	292	21	2
6- **Maladies cutanées diverses**																		
Gale	-	-	-	2	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	134	42	112
7- **Maladies des femmes**																		
Affections gynécologiques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	74	-
Grossesse	-	-	-	-	8	-	-	8	-	-	-	-	-	-	-	-	31	-
Suite des couches	-	-	-	-	2	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	15	-
8- **Maladies des enfants**																		
Gastro-entérites	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	18	-
Convulsions	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
Athrepsie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-
Autres affections cutanées	-	-	-	7	2	-	7	2	-	-	-	-	-	-	-	309	101	184
TOTAUX	**25**	**1**	**1**	**473**	**59**	**32**	**427**	**53**	**29**	**27**	**3**	**2**	**44**	**4**	**2**	**13274**	**3552**	**5610**
9- **Léproseries**	65	35	1	43	26	2	3	-	-	13	-	1	92	61	2			
TOTAUX	**90**	**36**	**2**	**516**	**85**	**34**	**430**	**53**	**29**	**40**	**3**	**3**	**136**	**65**	**4**			

ment ou en observation, ne savent où se rendre pour prendre leur repas et se loger dans une localité n'offrant aucune facilité de l'espèce. Je reproduis ici un desiderata dont j'ai été saisi tant par les uns que les autres, et je ne peux que l'appuyer fermement. »[35]

En général, les communications intérieures sont particulièrement difficiles, surtout pendant la saison des pluies. C'est un obstacle majeur aux tournées sanitaires malgré la mise en place d'une médecine mobile. Des gîtes d'étape sont aménagés pour faciliter ces tournées.

Les communications régulières avec l'extérieur (métropole et Madagascar) sont peu nombreuses. Au début du XXe siècle, il faut une vingtaine de jours à un vapeur de la compagnie des

Messageries Maritimes, partant de Marseille le 10 de chaque mois, pour rejoindre Mayotte en faisant escale à Suez, Aden et Zanzibar. Les communications avec Madagascar sont assurées par un service mensuel. Les liaisons entre les îles de l'archipel dépendent essentiellement des boutres faisant du cabotage. Les problèmes d'approvisionnement sont donc chroniques. En 1918, en période de guerre il est vrai, le chef de la province note : *« J'ai souvent demandé que les médicaments soient expédiés de Madagascar directement sur chacune des 4 îles de l'archipel ; je reviens instamment sur cette proposition qui, pour n'avoir pas été acceptée, a privé les trois îles d'Anjouan, de Mohéli et de la Grande Comore des médicaments les plus indispensables. La centralisation des envois à Dzaoudzi (Mayotte) impose, en effet, des retards considérables dans la réexpédition sur les hôpitaux des autres districts : les caisses nous arrivent à Mayotte trois fois l'an par un vapeur annexe ; les approvisionnements des îles excentriques attendent ici quatre mois le vapeur suivant, une ou plusieurs semaines une occasion de mer, aléatoire par boutre, non ponté, qui expose les produits à la pluie ou aux coups de mer, des jours durant. »*[36]

Ce problème a des incidences sur la gestion du personnel puisque les décisions administratives, en particulier d'avancement et de promotion le concernant, doivent être approuvées par Tananarive et que le délai d'acheminement du courrier peut être long. Cela décourage, à la longue, les vocations.

Le manque de moyens

L'AMI dispose d'un budget spécial alimenté par une taxe qui varie d'une province à l'autre (1,50 franc par contribuable et par an en 1919 aux Comores mais 3 francs dans la province de Majunga par exemple), par les cessions de médicaments aux particuliers ainsi que par le remboursement des journées d'hôpital pour les malades payants. Ce budget est modeste. Il permet de payer des médecins indigènes, bien moins rémunérés que les médecins du corps de Santé des troupes coloniales.

Les recettes atteignent 35 760 francs pour 1919 (produit de la taxe : 30 260 francs ; produit des cessions de médicaments : 2 000 francs ; produit des journées d'hospitalisation : 3 500 francs). Les dépenses de personnel s'élèvent à près de 13 500 francs (pour deux médecins indigènes : 4 200 francs ; deux sages-femmes : 960 francs ; des infirmiers : 4 080 francs).

Les effectifs limités du personnel médical ne permettent pas d'effectuer avec la régularité requise les tournées d'hygiène, de consultation, de vaccination. Par exemple, 17 000 vaccinations sont réalisées en 1915-1918 : 2 000 seulement en Grande Comore, plus de la moitié (9 000) à Mayotte alors que cette île est l'une des moins peuplées, mais elle bénéficie de sa situation de chef-lieu et de l'implantation de l'hôpital, dans un contexte, il est vrai, de conflit mondial, qui a limité plus encore les communications.

La situation sanitaire que l'on peut apprécier indirectement à travers l'activité des formations hospitalières reste donc très médiocre. On constate la permanence, à un niveau encore élevé, des affections endémiques tout au long de cette période. La Grande Comore connaît ainsi une grave épidémie de paludisme en 1923-1925 qui fait des centaines de victimes et que le médecin chargé d'un rapport sur la situation sanitaire, attribue, entre autres, à la multiplication des citernes dans l'île. La protection maternelle et infantile, l'hygiène, qui ont constitué des axes nouveaux de la politique sanitaire dans les colonies, en sont encore à leurs balbutiements. Il n'est que de voir le faible nombre d'accouchements dans les maternités des hôpitaux.

1940
Archipel des Comores : extrait du rapport politique

ASSISTANCE MÉDICALE INDIGÈNE - La fréquentation masculine est bonne dans l'ensemble de l'Archipel. Par contre, la fréquentation féminine, par suite des coutumes religieuses défendant aux femmes d'être traitées dans le même hôpital que les hommes, est nulle ; aucun hôpital séparé pour femmes n'existant dans l'Archipel, les formations médicales ayant été calquées sur celles de la Grande Île sans songer que l'on avait affaire ici à une population absolument différente de race, de mœurs et surtout de religion.
Ceci rappelé, le service a fonctionné normalement au cours de l'année sous la direction successive de deux médecins inspecteurs, l'un remplaçant l'autre ; le premier, Monsieur le Médecin principal Jochum de janvier à avril, le second, Monsieur le Médecin lieutenant Bellidenty, de mai à fin 1940. Tous deux ont fait consciencieusement leur service et le seul reproche que l'on pourrait leur faire c'est le petit nombre de jours de tournée effectués par eux dans l'Archipel. Il serait pourtant bon que ses fonctionnaires au lieu de se cantonner à Dzaoudzi où ils ont peu à faire parcourent beaucoup plus souvent leurs circonscriptions et inspectent au moins trois fois par an leurs deux formations d'Anjouan et leurs trois formations de la Grande Comore. Il faudrait, en outre, puisque les deux circonscriptions médicales de l'Archipel sont toujours réunies en une seule que le médecin titulaire de ces deux formations fasse d'assez longs séjours à la Grande Comore île à elle seule aussi importante sinon plus que le reste de l'Archipel et où sa présence s'avérerait très utile pour stimuler le zèle de ses agents et leur permettre par sa présence de gagner un peu plus la confiance des habitants, les Comoriens ayant encore peu confiance en les médecins Hovas.

INFIRMIÈRE VISITEUSE - La nomination à la Grande Comore d'une infirmière-visiteuse de race musulmane, nomination réclamée depuis longtemps par la population, est très utile et si le Chef de subdivision veut se donner la peine de l'aider dans ses débuts plutôt ingrats et notamment, en la prenant avec lui au cours de ses tournées, de la présenter lui-même aux populations, elle pourra d'ici peu acquérir rapidement leur confiance d'autant plus, ainsi que j'ai pu le constater au cours de deux tournées, elle est pleine de bonne volonté et même considère son rôle à elle, musulmane évoluée, comme une sorte d'apostolat auprès de ses sœurs en religion moins favorisées qu'elle. Vu l'utilité reconnue à l'usage de ces agents qui seulement peuvent atteindre la partie féminine de la population, il y aurait lieu de doter les autres îles chacune d'une infirmière, Mohéli en premier lieu.

MATERNITÉ – A Anjouan, par suite d'une légère pression exercée par le Chef de subdivision, la maternité de Hombo a connu plus de vogue (80 accouchements) et si Monsieur Romani, successeur de Monsieur Mouzon y tient la main, petit à petit, plus nombreuses d'année en année seront les femmes qui viendront s'y faire traiter, mais ces résultats n'ont pu être obtenus par M. Mouzon que parce que :
1° la maternité est hors de l'hôpital, à 300 mètres de ce dernier ;
2° que des séparations en toile ont été placées entre chaque lit isolant ces derniers les uns des autres et permettant ainsi à chaque accouchée de recevoir pendant son alitement sa famille (père, mari, fils), ce qu'elle n'aurait pu si elle avait été dans une salle commune, la présence d'autres parturientes ayant autrement empêché ces visites, les femmes ne peuvent se faire voir que de leur père, époux ou fils et non d'étrangers.
Les autres maternités installées à l'instar de celle de Madagascar n'ont de ce fait, à moins de cas exceptionnels (parturiente non musulmane) aucune cliente. Il en sera ainsi tant que l'on ne voudra pas comprendre que les Comores ne sont pas Madagascar et que l'on ne peut traiter de la même façon les indigènes de ces deux pays.

Un bilan très médiocre à la fin des années 1930

Les formations sanitaires et le personnel restent en nombre réduit. Au début du XXe siècle, on compte seulement trois formations sanitaires : l'hôpital de Dzaoudzi, les ambulances de Mutsamudu (Anjouan) et de Moroni (Grande Comore). Par la suite, la situation évolue peu :
- à Mohéli, l'ambulance de Fomboni a commencé à fonctionner en 1914 dans de modestes locaux aménagés par la main-d'œuvre pénale par mesure d'économie ;
- à Anjouan, outre l'hôpital de Hombo à Mutsamudu, fonctionne par la suite une ambulance à Domoni ; un hôpital y est réclamé depuis les années 1920, demande réitérée par le chef de la subdivision dans son rapport de 1932 ;
- à la Grande Comore, on trouve dans les années 1930 des formations sanitaires à Moroni, Mitsamiouli et Foumbouni. Deux médecins (dont un effectuant des tournées) et une sage-femme exercent à Moroni ;
- à Mayotte, enfin, siège du médecin-inspecteur pour la circonscription médicale des Comores, ce dernier est assisté en 1920 par deux médecins malgaches, ex-membres de l'organisation nationaliste *Vy-Vato-Sakelika* (VVS, pour fer-pierre-ramification), déportés à Dzaoudzi. Dans les années 1930, il existe un médecin mobile à Mayotte et 4 dépôts de quinine ont été constitués à Sada, Chingoni, Bandrélé et Chirongui où les habitants viennent prendre ce traitement.

Une des conséquences probables de ce médiocre bilan est la quasi-stagnation de la population mahoraise jusqu'au milieu des années 1930, à environ 13 000 habitants selon les données de l'administration coloniale.

Rapport sommaire sur la situation sanitaire en 1944 à Mayotte.

• ADM. 18W16

MADAGASCAR
et Dépendances

CIRCONSCRIPTION
Médicale de Mayotte

N°155-AMI.

Dzaoudzi, le 16 Mai 1945

- COPIE -

Le Médecin-Inspecteur des Circonscriptions Médicales des Comores - Dzaoudzi -

à Monsieur l'Administrateur Chef de la Subdivision de Mayotte - Dzaoudzi -

RAPPORT SOMMAIRE sur la situation sanitaire générale de la Subdivision administrative de Mayotte, pendant l'année 1944.

Satisfaction à la Note N°812-SM.-du 7 courant et au T.L.O. N°260-SMT. du 12 courant.-

1°- FONCTIONNEMENT DES HOPITAUX ET INFIRMERIES.

L'hôpital de Dzaoudzi et le Poste Médical de Mamoutzou ont fonctionné normalement, bien que le Poste Médical manque de local approprié. En effet le 1er Mai, le bâtiment de location appartenant à un particulier et loué à 200 francs par mois, avait été abandonné par hausse exagérée du prix de location et le Poste Médical a été installé au rez-de-chaussée d'un bâtiment ayant servi d'école européenne.

2°- NOMBRE DE MALADES TRAITES.

549 malades ont été traités à l'hôpital de Dzaoudzi dont 517 entrés et 32 restants de l'année 1943. Il y avait 9.700 journées d'hospitalisation.

Les principales affections qui ont motivé les hospitalisations sont: les ulcères phagédéniques, le pian, les maladies sociales et plus spécialement la syphilis et les affections chirurgicales.

En plus 24.171 malades consultants ont été soignés dans les dispensaires avec 50.947 consultations.

Les principales affections qui ont motivés les consultations sont: les ulcères et plaies diverses, le paludisme, le pian, les maladies vénériennes, les affections des appareils respiratoire et digestif.

3°- NOMBRE D'ACCOUCHEMENTS PRATIQUES.

A la maternité de Dzaoudzi: 45 accouchements dont 2 avortements; à domicile: 2 accouchements.

Au poste mobile de Mamoutzou: 11 accouchements.

Au mois d'avril, la sage-femme résidente de Dzaoudzi était titulaire d'un congé de longue durée pour raison de maladie, la sage-femme mobile de Mamoutzou a été appelée à la remplacer. Depuis ce mois, le poste de sage-femme mobile de Mamoutzou reste vacant.

A part les deux avortements dont les suites étaient normales, aucun accident ne s'observait ni dans la maternité, ni à domicile dans la pratique des accouchements.

4°- ETAT SANITAIRE GENERAL.

Bon dans l'ensemble.

Réveil du paludisme de Janvier à Avril et en décembre. Affections généralement bénignes de l'appareil respiratoire pendant la saison fraîche. Affections gastro-intestinales et ulcères pendant la saison chaude.

Une petite épidémie de coqueluche non grave sévit vers le troisième trimestre à Mayotte, mais tout rentrait assez rapidement dans l'ordre.-

Signé: RAMASITERA.

Pour aller plus loin

Le rattachement à Madagascar et l'Assistance médicale indigène

À Madagascar, une assistance médicale destinée aux autochtones est pour la première fois mise en place de façon systématique dans l'empire colonial français et ce, dès le début de l'occupation française, sous l'impulsion du général Gallieni, gouverneur général de 1896 à 1905. Cette organisation est ensuite adoptée en Indochine (1902), en AOF (1905) et en AEF (1908).

Dans ses instructions adressées le 15 mai 1898 aux commandants de cercles de l'Imerina (province centrale), le gouverneur général de Madagascar détaille la politique qu'il entend mettre en œuvre. Son objectif principal est de fournir une main-d'œuvre abondante à la colonisation française faute de quoi il ne pourra, selon lui, y avoir de mise en valeur de la Grande Île. Or, il constate qu'elle est sous-peuplée, avec 4 millions d'habitants pour une superficie équivalente à celle de la France et de la Belgique réunies. Il poursuit : « *Il est de notre devoir de rechercher, dès maintenant les moyens de remédier à ce grave inconvénient et de fournir, dans un avenir plus ou moins rapproché, une main-d'œuvre largement suffisante à ceux de nos compatriotes qui viendront coloniser à Madagascar. Sans nous désintéresser de l'immigration de travailleurs indigènes venant de l'extérieur, question qui fait l'objet actuellement de toutes mes préoccupations, il faut reconnaître que rien ne vaut, pour le but que nous nous proposons, les populations du pays même, celles qui ont su s'adapter aux conditions locales, surtout au climat de chacune des régions diverses de la colonie. [...] Il ressort de l'étude de l'histoire et des conditions actuelles de Madagascar que, de tous les peuples qui habitent la Grande Île, ce sont les races du plateau central, les Hovas surtout, qui montrent le plus d'aptitudes pour le travail de la terre, pour le commerce, pour l'industrie, qui sont les mieux préparés en un mot, pour nous fournir plus tard cette main-d'œuvre qui, actuellement, nous fait défaut ici.* »[37] Il préconise différentes mesures et en particulier des "mesures hygiéniques et médicales", ce qui implique la mise en place d'un service de Santé.

Administration provinciale et communale

ARRÊTÉ

rendant applicables dans la province des Comores :

1° L'arrêté du 31 décembre 1910 portant réorganisation des services de l'assistance médicale indigène, par application des décrets du 2 mars 1904, modifié par celui du 21 juillet 1910 ;

2° L'arrêté du 8 octobre 1911 portant règlement sur la solde et les accessoires de solde du personnel indigène ;

3° L'arrêté du 24 octobre 1911 portant organisation du personnel indigène de l'assistance médicale indigène ;

4° L'arrêté du 24 octobre 1911, modifié par celui du 21 décembre 1911, concernant : 1° le transport du personnel indigène voyageant dans l'intérieur de la Colonie ; 2° les indemnités de route et de séjour du personnel indigène voyageant par ordre dans l'intérieur de la Colonie.

Le Gouverneur des colonies, délégué dans les fonctions de Gouverneur Général de Madagascar et Dépendances, officier de la Légion d'honneur,

Vu les décrets des 11 décembre 1895, 30 juillet 1897 et 21 août 1914 ;

Vu l'arrêté du 31 mars 1914 promulguant dans la colonie de Madagascar et Dépendances, et notamment dans l'archipel des Comores, le décret du 23 février 1914 qui a rattaché au Gouvernement Général de Madagascar les îles de Mayotte, d'Anjouan, de Mohéli et de la Grande-Comore ;

Vu l'arrêté du 31 mars 1914 créant la province des Comores :

Sur la proposition de M. le directeur de l'assistance médicale indigène ;

Arrête :

ART. 1er. — Sont rendus applicables dans la province des Comores :

1° L'arrêté du 31 décembre 1910 portant réorganisation des services de l'assistance médicale indigène, par application des décrets du 2 mars 1904, modifié par celui du 21 juillet 1910. Toutefois le tarif des journées de traitement des européens et assimilés à l'hôpital de Mayotte et à l'ambulance d'Anjouan reste fixé par l'arrêté local du 7 juillet 1905 ;

2° L'arrêté du 8 octobre 1911 portant règlement sur la solde et les accessoires de solde du personnel indigène ;

3° L'arrêté du 24 octobre 1911 portant organisation du personnel indigène de l'assistance médicale indigène ;

Arrêté du 16 mars 1915 instaurant l'AMI dans la province des Comores.

JO de Madagascar du 27 mars 1915.

• *ADM. 2K21*

L'Assistance médicale indigène (AMI) a d'abord été organisée dans les provinces centrales de l'Imerina et du Betsileo (arrêté du 20 avril 1899) avant d'être progressivement étendue au reste de la colonie (arrêté du 17 mars 1901). Son budget est autonome, organisé d'abord au niveau provincial. À partir de 1910, il est unique pour toute la colonie.

Personnel et infrastructures

Le service de l'AMI a été progressivement structuré dès les premières années au fur et à mesure des progrès de la pacification et des nouveaux besoins en matière de santé. Il est constitué d'un personnel divers, aux statuts très différents. Ce modèle est adopté dans les autres colonies dans les années suivantes.

Le directeur du service de Santé de la colonie est aussi le directeur du service de l'Assistance médicale. Il est assisté d'un comité central consultatif. Des médecins-inspecteurs sont à la tête des circonscriptions sanitaires. Un institut Pasteur est aussi créé dès 1899. Il permet la fabrication du vaccin antivariolique. Un autre centre vaccinogène fonctionne à Diego-Suarez de 1901 à 1907.

Ce sont les Européens qui occupent les postes les plus élevés dans la hiérarchie. Le plus souvent, ce sont des médecins militaires des troupes coloniales, placés en position hors cadre (HC) qui dirigent, en tant que médecins-inspecteurs, les circonscriptions médicales. Des médecins civils de colonisation, docteurs en médecine français et engagés sous contrat, sont aussi mis à contribution. Mais ils sont peu nombreux. Édouard Daladier, ministre des Colonies, précise leur rôle dans ses instructions de 1924 : *« Le rôle des médecins français doit être surtout un rôle de direction et de contrôle ; ayant leur centre d'action au chef-lieu de la circonscription sanitaire, ils ont la haute main sur l'hôpital indigène ; mais, en général, ils doivent se borner à y assurer un service technique de médecin consultant de façon à n'aliéner ni leur liberté, ni leur mobilité et à pouvoir, par des tournées fréquentes, suivre le personnel indigène, le conseiller, l'encourager et empêcher toute défaillance. »* [38]

Mais les plus nombreux sont les "médecins indigènes de colonisation" qui sont devenus indis-

Santé et assistance médicale

ARRÊTÉ

rattachant l'hôpital de Dzaoudzi (Comores) au service de l'assistance médicale indigène et fixant le prix de la journée d'hospitalisation dans cette formation sanitaire.

Le Gouverneur des colonies, délégué dans les fonctions de Gouverneur Général de Madagascar et Dépendances, officier de la Légion d'honneur,

Vu les décrets des 11 décembre 1895, 30 juillet 1897 et 21 août 1914 ;

Vu le décret du 2 mars 1904 ;

Vu l'arrêté du 31 mars 1914, promulguant dans la colonie de Madagascar et Dépendances, et notamment dans l'archipel des Comores, le décret du 23 février 1914 qui a rattaché au Gouvernement Général de Madagascar les îles de Mayotte, d'Anjouan, de Mohéli et de la Grande Comore ;

Vu l'arrêté du 31 mars 1914, créant la province des Comores.

Vu l'arrêté du 16 mars 1915, rendant applicables dans la province des Comores : l'arrêté du 31 décembre 1910, portant réorganisation des services de l'assistance médicale indigène ; l'arrêté du 8 octobre 1911, portant réglementation sur la solde et les accessoires de solde du personnel indigène ; l'arrêté du 24 octobre 1911, portant organisation du personnel indigène de l'assistance médicale indigène ; l'arrêté du 24 octobre 1911, modifié par celui du 21 décembre 1911, concernant le transport du personnel indigène voyageant dans l'intérieur de la Colonie et les indemnités de route et de séjour du personnel indigène voyageant par ordre dans l'intérieur de la Colonie ;

Sur la proposition du directeur du service de santé,

Arrête :

Art. 1er. — L'hôpital de Dzaoudzi est rattaché à l'assistance médicale de la province des Comores à compter du 1er juillet 1915 et fonctionnera dans les conditions fixées par l'arrêté du 31 décembre 1910.

Art. 2. — Des salles spéciales y seront réservées pour les malades européens.

Art. 3. — Le taux de remboursement de la journée de traitement est fixé comme suit :

1re catégorie.	— Officiers et assimilés..	12 fr.
2e	— Sous-officiers et assimilés...............	7 fr.
3e	— Soldats ou assimilés..	4 fr.
4e	— Indigents européens et assimilés...........	3 fr.

Le prix de remboursement pour les femmes et les enfants au-dessus de 12 ans, des fonctionnaires et agents ainsi que des militaires dont la solde est à la charge du budget local ou du budget colonial, est fixé à un chiffre égal à celui qui serait opéré pour le chef de famille ; ce tarif est réduit à la moitié pour les enfants de 5 à 12 ans ; le traitement est gratuit pour les enfants au-dessous de 5 ans. Mais le budget local ou le budget colonial devront rembourser au budget de l'assistance médicale indigène le prix intégral de la journée tel qu'il est fixé ci-dessus.

Art. 4. — MM. le directeur de l'assistance médicale indigène, le directeur des finances et de la comptabilité et l'administrateur, chef de la province des Comores, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Tananarive, le 26 mai 1915.

H. GARBIT.

Arrêté du 26 mai 1915 rattachant l'hôpital de Dzaoudzi au service de l'AMI.

JO Madagascar du 29 mai 1915.

• *ADM. 2K21*

L'organisation de l'Assistance médicale indigène dans les années 1920

Organigramme d'après l'arrêté du 25 avril 1928.

JO de Madagascar du 5 mai 1928.

• ADM. 2K35bis

École de médecine de Tananarive
1896

Pharmacie centrale
1903

Institut vaccinogène *(Institut Pasteur)*
1899

Directeur du service de Santé
Directeur de l'AMI
Tananarive

COMITÉ CENTRAL CONSULTATIF

Président
- Directeur du service de Santé

Membres
- Délégué du directeur des finances et de la comptabilité
- Chef du service des Affaires politiques
- 1 membre de la section européenne et 1 membre de la section indigène
- 2 médecins européens de l'AMI
- 2 gouverneurs indigènes
- 2 médecins indigènes de l'AMI

TABLEAU A

Ressorts des médecins-inspecteurs de l'assistance médicale indigène

RÉGIONS	RÉSIDENCE des MÉDECINS-INSPECTEURS	PROVINCES COMPRISES DANS SON RESSORT
Diégo-Suarez	Diégo-Suarez	Provinces de Diégo-Suarez et Antalaha.
	Nossi-Bé	Province de Nossi-Bé.
Tamatave	Maroantsetra	Province de Maroantsetra.
	Tamatave	Provinces de Tamatave et Fenerive.
	Vatomandry	Province de Vatomandry.
Fianarantsoa	Mananjary	Provinces de Mananjary et Manakara.
	Farafangana	Provinces de Farafangana et Vangaindrano.
	Fort-Dauphin	Provinces de Fort-Dauphin et Ambovombe.
	Fianarantsoa	Provinces de Fianarantsoa et Ifanadiana.
	Ambositra	Province d'Ambositra.
	Betroka	Province d'Ihosy.
Tuléar	Tuléar	Provinces de Tuléar, Betioky, Morombe et Ankazoabo.
	Morondava	Provinces de Morondava et Belo.
Majunga	Maintirano	Province de Maintirano.
	Majunga	Provinces de Majunga, Port-Bergé, Soalala et Marovoay.
	Analalava	Provinces d'Analalava et Mandritsara.
	Maevatanana	Province de Maevatanana.
Tananarive	Tananarive	Provinces de Tananarive, Ambohidratimo, Manjakandriana et Ambatolampy.
	Miarinarivo	Province de Miarinarivo.
	Antsirabe	Province d'Antsirabe.
	Moramanga	Provinces de Moramanga et Ambatondrazaka.
Comores	Dzaoudzi	Archipel des Comores.

COMMISSIONS PROVINCIALES

Président
- Administrateur en chef de la province

Membres
- Médecin-inspecteur de la circonscription
- Représentant du service des travaux publics
- Médecin indigène de l'AMI
- 1 fonctionnaire du bureau d'administration indigène
- 3 membres du conseil des notables

Hôpitaux avec ou sans maternité annexe
57 en 1921

Postes médicaux avec maternité
13 en 1921

Maternités indépendantes
20 en 1921

Léproseries
4 en 1921

ARRÊTÉ
réglementant la préparation et l'admission des candidats à l'école de médecine

Le Gouverneur Général de Madagascar et Dépendances, commandeur de la Légion d'honneur,

Vu les décrets des 11 décembre 1895 et 30 juillet 1897 ;

Vu l'arrêté du 14 février 1916 portant réorganisation de l'enseignement officiel des indigènes dans la colonie de Madagascar et Dépendances ;

Vu le règlement annexé à l'arrêté du 14 février 1916 susvisé ;

Vu le décret du 22 décembre 1916 ;

Vu l'arrêté du 11 avril 1919 créant à l'école de médecine une année supplémentaire d'études pour la préparation à cette école et autorisant les élèves de l'école supérieure indigène de Tananarive, à subir concurremment avec ceux des écoles régionales, le concours d'admission dans la première année préparatoire à l'école de médecine ;

Vu l'arrêté du 5 février 1921 modifiant les dispositions du règlement relatif à l'organisation de l'enseignement officiel indigène annexé à l'arrêté du 14 février 1916, en ce qui concerne le recrutement des élèves des 2e et 3e degré et le remboursement éventuel des frais d'études et des allocations reçues à titre de bourse ;

Vu l'arrêté du 29 décembre 1921 créant un certificat d'études du second degré ;

Sur la proposition du directeur de l'enseignement,

Arrête :

Art. 1er. — L'arrêté du 11 avril 1919 créant à l'école de médecine une année supplémentaire d'études pour la préparation à cette école et autorisant les élèves de l'école supérieure indigène à subir concurremment avec ceux des écoles régionales le concours d'admission à la section préparatoire à l'école de médecine (1re année) ainsi que les dispositions prévues par l'arrêté du 5 février 1921 en ce qui concerne l'admission à l'école « Le Myre-de-Vilers » des élèves de l'école supérieure indigène, sont abrogées et remplacées par les dispositions suivantes :

Art. 2. — La préparation des candidats à l'école de médecine comporte deux années d'études au delà de l'obtention du certificat d'études du second degré. La première année se fait dans la section médicale de l'école Le Myre-de-Vilers et la seconde dans le cours préparatoire aux études médicales annexé à l'école de médecine.

Art. 3. — La section médicale de l'école Le Myre de Vilers, se recrute exclusivement parmi les élèves des écoles régionales, pourvus du certificat d'études du second degré.

Son programme est celui qui figure au règlement du 14 février 1916 sous la rubrique : « B. Section préparatoire à l'école de médecine ». La formule d'engagement signée par les anciens élèves des écoles régionales au moment de leur admission, est modifiée conformément au modèle annexé au présent arrêté.

Art. 4. — Le cours préparatoire aux études médicales se recrute au concours. Peuvent prendre part au concours en outre des élèves de la section médicale de l'école Le Myre-de-Vilers, les indigènes possédant le certificat d'études du second degré et ayant atteint un maximum d'âge de 20 ans pendant l'année. Tout candidat peut prendre part au concours deux années consécutives seulement.

Art. 5. — Les demandes d'inscription sont adressées au directeur de l'enseignement qui les transmet au directeur du service de santé et de l'assistance médicale indigène ; elles indiquent si les candidats se sont déjà présentés ou non au concours.

Chaque demande est accompagnée :

1° d'un extrait de l'acte de naissance du candidat ou d'un acte de notoriété en tenant lieu. Cette dernière pièce n'est admise qu'autant qu'elle est appuyée d'une attestation du chef du gouvernement ou du sous-gouvernement, visée par le chef du district, établissant que l'acte de naissance n'existe pas ;

2° S'il s'agit d'un élève de l'école Le Myre-de-Vilers, de l'engagement qu'il a contracté au moment de son admission dans l'établissement.

S'il s'agit d'un candidat d'une autre origine de l'engagement de suivre le cours préparatoire aux études médicales, de se présenter au concours d'admission à l'école de médecine d'y terminer ses études, puis de servir la Colonie pendant quinze ans comme médecin de l'assistance médicale indigène. Cet engagement dont la formule est annexée au présent arrêté doit être contresigné par deux des plus proches parents du candidat ou à défaut par deux personnes en tenant lieu ;

3° Du diplôme du certificat d'étude du second degré ou d'une copie authentifiée.

Art. 6. — Les élèves ou anciens élèves du cours préparatoire aux études médicales qui ne tiennent pas leur engagement ; ceux dont la radiation des contrôles est prononcée pour des motifs autres que l'inaptitude physique ou intellectuelle, sont tenus de rembourser à la colonie :

1° Leurs frais d'études calculés à raison de 10 francs par mois dans les écoles officielles qu'ils ont fréquentées depuis l'école régionale incluse ; l'année scolaire est comptée pour dix mois ;

2° Le montant des allocations qu'ils ont perçues à titre de bourses dans les mêmes établissements.

En cas d'insolvabilité le paiement sera poursuivi contre les personnes ayant contre signé l'engagement.

Art. 7. — Le concours a lieu chaque année à Tananarive. Il comprend deux sessions dont la première est réservée aux élèves de la section médicale de l'école Le Myre-de-Vilers ; la seconde est ouverte à tous les candidats sans exception satisfaisant aux conditions énoncées à l'article 5 ci-dessus.

La date de chaque session ainsi que le contingent total des élèves à admettre sont fixés trois mois au mois à l'avance par le Gouverneur Général sur la proposition du directeur du service de santé faite après entente avec le directeur de l'enseignement.

Le registre d'inscription des candidats est clos un mois avant la date du concours.

Art. 8. — La commission d'examen comprend :

Le directeur de l'école de médecine, *président* ;

Deux médecins ou pharmaciens désignés par le directeur du service de santé ; } *membres.*

Deux fonctionnaires du service de l'enseignement, désignés par le directeur de l'enseignement. } *membres.*

Le secrétaire de l'école de médecine est secrétaire de la commission.

En cas d'empêchement du directeur de l'école de médecine, le directeur du service de santé désigne un médecin comme président du jury.

Art. 9. — Le concours comprend des épreuves écrites et des épreuves orales. Elles portent sur le programme de la section médicale de l'école Le Myre-de-Vilers.

Les épreuves écrites sont :

	Durée
Une dictée suivie de questions	1 h. 1/2
Une composition française	3 heures
Une composition de mathématiques	2 —
Une composition de sciences physiques et naturelles	3 —

Les épreuves orales comprennent :

1° Lecture expliquée d'un texte français ;

2° Une interrogation sur la physique et la chimie ;

3° Une interrogation sur les sciences naturelles.

La durée de chacune des interrogations est d'environ un quart d'heure.

Toutes les épreuves sont notées de 0 à 20.

Toute note inférieure à 5 est éliminatoire.

Seuls les candidats ayant obtenu pour les épreuves écrites un total de 40 points, dont au moins 20 pour les deux épreuves de français, sont admis à subir les épreuves orales. Nul candidat ne peut être définitivement admis s'il n'a obtenu également la moyenne à l'oral.

Le classement définitif des candidats est établi d'après le total des épreuves écrites et orales.

Art. 10. — Les sujets des compositions écrites des deux sessions sont choisis par le directeur de l'enseignement. Celui-ci adresse la veille des examens au président du jury quatre enveloppes contenant chacune un sujet de composition. Le président du jury inscrit un numéro sur chaque enveloppe. A l'ouverture de la 1re session un candidat tire au sort et en présence du jury l'enveloppe destinée à cette session. De même pour la 2e session un candidat tire au sort entre les 3 enveloppes restantes. Les plis cachetés contenant les sujets sont ouverts en présence des candidats.

L'examen écrit n'est pas public. Les épreuves orales sont publiques. Le président de la commission a la police de la salle.

Les copies doivent porter en tête sous pli fermé les noms et prénoms des candidats. Ce pli n'est ouvert qu'après l'achèvement de la correction des copies et leur notation.

Art. 11. — 50 0/0 des places sont attribuées aux candidats de la 1re session et 50 0/0 aux candidats de la seconde. Pour chacune des sessions il est établi une liste supplémentaire en vue de parer aux défections qui pourraient se produire avant la rentrée ou dans le cours du 1er trimestre de l'année scolaire.

Nul candidat ne peut être inscrit sur les listes supplémentaires, s'il n'a obtenu au moins la moyenne des points pour l'ensemble des épreuves orales.

Au cas où le nombre des candidats admis à la première session n'atteindrait pas 50 0/0 les places restant vacantes bénéficieront aux candidats de la 2e session (dans la limite des candidats ayant obtenu la moyenne réglementaire). Inversement si le nombre des candidats admis à la 2e session n'atteignait pas le chiffre de 50 0/0 les vacances pourraient être attribuées aux candidats de la 1re session ayant obtenu la moyenne réglementaire.

Art. 12. — Les élèves de la section médicale de l'école Le Myre-de-Vilers qui échouent au concours peuvent être autorisés exceptionnellement par le directeur de l'enseignement sur la proposition du directeur de l'école Le Myre-de-Vilers à redoubler leur année.

Les élèves du cours préparatoire aux études médicales qui échouent au concours d'admission à l'école de médecine peuvent être autorisés à titre exceptionnel et pour une seule fois, par le directeur de l'école de médecine à redoubler leur classe. Les élèves ayant déjà redoublé leur année d'études dans la section médicale de l'école Le Myre-de-Vilers ne peuvent bénéficier de cette mesure.

Arrêté réglementant la préparation et l'admission à l'école de médecine de Tananarive à partir de 1922.

JO de Madagascar du 31 décembre 1921.

• *ADM. 2K28*

Pour aller plus loin

Saïd Mohamed Cheikh, médecin de l'Assistance médicale indigène



Saïd Mohamed Cheikh dans les années 1920.

• *Source : "Taréhi", n° 9, janvier 2004, association Inya. © DR*

Né à Mitsamiouli (Grande Comore) en 1904, issu d'une famille noble, Saïd Mohamed Cheick fait partie des rares Comoriens qui peuvent bénéficier de l'enseignement des écoles officielles françaises alors que la plupart des familles se contentent d'envoyer leurs enfants à l'école coranique. En effet, les structures scolaires sont encore rudimentaires dans la première moitié du XXe siècle (Il n'existe que six écoles primaires pour tout l'archipel en 1918) et les parents semblent réticents à envoyer leurs enfants à l'école des Blancs. Il commence donc ses études à l'école élémentaire de Moroni et les poursuit ensuite à Anjouan, à l'école régionale de Mutsamudu, qui venait d'être créée en 1915. À cette époque, ce sont des professeurs malgaches qui enseignent. Vingt-sept élèves dont vingt-six boursiers fréquentent cette école en 1918. Ils y passent trois ans.

En 1921, Saïd Mohamed Cheick est admis à l'École de médecine de Tananarive fondée par Gallieni et inaugurée en 1897, c'est la deuxième dans l'empire colonial français après celle de Pondichéry (Inde) créée en 1863. Les études y durent cinq ans dont une première année de préparation dite PCB (physique, chimie, biologie) et sont sanctionnées par un diplôme de médecin. Des examens ont lieu à la fin de chaque année scolaire.

Saïd Mohamed Cheikh (à droite) dans les années 1950 (?).



Année 1933

Archipel des Comores : rapport politique du chef de la subdivision de la Grande Comore

Le service de l'AMI est assuré par quatre médecins dont deux à Moroni, un à Mutsamiouli et un à Foumboni. Trois d'entre eux ont été remplacés. Les médecins Ravelojaona et Raomandahy ayant fini leur séjour ont été rapatriés à Madagascar. Raomandahy a laissé des regrets, car il était consciencieux et dévoué et s'intéressait aux malades.
Le médecin de Foumboni, Said Mohamed, comorien de race, a été envoyé à Mohéli, à la suite de diverses enquêtes dont il a été l'objet.
Orgueilleux, infatué de sa personne, il s'occupait plus des affaires administratives et judiciaires que de ses fonctions de médecin. Il se reposait beaucoup trop sur l'Infirmier principal pour les consultations.
Peu scrupuleux, il vendait de la teinture d'opium aux Indiens et afin de déjouer tout contrôle, il ajoutait de l'alcool à la teinture d'opium de manière que la quantité restante corresponde aux inscriptions sur le livre d'entrée et sortie des médicaments. Il a commis d'autre part des irrégularités assez graves dans l'établissement des factures de l'hôpital.
À la suite des réparations effectuées à l'hôpital de Foumboni, le service des Travaux publics avait laissé vingt-six planches sur les lieux, les crédits étant épuisé, il n'était plus possible de payer les ouvriers. Ces planches devaient être employées l'année suivante. M. Marchisson, agent technique des TP ayant quitté la Grande Comore et n'ayant pas été remplacé, le médecin Saïd Mohamed a cru qu'il pouvait impunément soustraire ces planches et en faire des meubles pour son propre compte. Ces faits ont été portés à la connaissance de l'Administration qui ouvrit une enquête.
À la suite des différents faits relatés ci-dessus Saïd Mohamed a été déplacé, envoyé à Mohéli, puis suspendu de ses fonctions. Une information judiciaire a été prescrite. Les médecins nouvellement arrivés, Rasolomon David à Moroni, Rakotoarinesy à Mitsamiouli et Rafetralison à Foumboni, n'ont donné lieu jusqu'à présent à aucune observation.

• Source : Anom, MAD. 2D76

À sa sortie de l'école en 1926, il est affecté en Grande Comore, d'abord au poste médical de Mitsamiouli et ensuite, à Moroni, comme médecin mobile puis médecin de l'hôpital. En juin 1930, sa nouvelle affectation est Foumbouni, dans le canton de Badgini. À la suite de démêlés avec l'administration coloniale, il est suspendu de ses fonctions de 1933 à 1936 et transféré à Mohéli dans l'attente d'une information judiciaire.

Le rapport politique du chef de la subdivision de la Grande Comore pour 1933 lui reproche officiellement un certain nombre de malversations. Il semble que ces agissements aient aussi servi de prétexte pour écarter Saïd Mohamed Cheikh, auquel on reprochait ses immixtions dans l'administration du canton de Badgini. Il est mis fin à son exil à Mohéli le 6 mai 1936. Il est ensuite affecté à Majunga où il semble retrouver la confiance de l'administration car, en 1940, il accompagne à Anjouan l'inspecteur Thomas qui est venu enquêter sur les troubles survenus dans le Nioumakélé.

De 1943 à octobre 1945, il est incorporé dans l'armée comme officier de santé auxiliaire mais reste à Madagascar. Après son élection à l'Assemblée constituante en octobre 1945, en tant que candidat de la 3e circonscription de Madagascar (archipel des Comores), ses fonctions politiques l'éloignent définitivement des activités médicales.

pensables au fonctionnement du service de Santé. Ils sont formés à l'École de médecine de Tananarive où l'on entre par concours. Les études y durent cinq ans. Un hôpital indigène lui est annexé dès le début. D'abord situés derrière le palais de la reine, dans le haut de la ville, l'école et l'hôpital s'installent en 1929 dans de nouveaux bâtiments dans le quartier de Befalatanana. Vers 1900, le directeur est un médecin-major de 2e classe des troupes coloniales et le personnel enseignant est composé de huit professeurs (deux sont des médecins civils, six appartiennent aux troupes coloniales). Il existe une section préparatoire à l'école "Le Myre de Vilers" qui forme les cadres indigènes.



À leur sortie, et après un examen final, les diplômés sont admis à l'AMI où ils sont tenus de servir dix ans selon l'arrêté du 14 janvier 1919. On leur délivre un certificat d'aptitude provisoire qui ne devient définitif qu'après quatre ans de fonctions. Très rapidement, les différentes promotions sortant de l'école de médecine sont affectées dans les hôpitaux et les postes médicaux. On compte une centaine de "médecins indigènes de colonisation" en poste dès 1909.

Les médecins sont assistés de sages-femmes indigènes formées à la maternité de Tananarive, située dans le quartier d'Isoraka, où elles entrent par concours. Les études durent trois ans et elles sont tenues de servir cinq ans à l'AMI. Elles sont 67 en 1909. Un corps d'infirmiers indigènes est aussi constitué.

Médecins et sages-femmes, à l'issue de leur temps obligatoire de service à l'AMI, peuvent s'installer à leur compte avec l'autorisation de l'administration mais ils restent soumis à l'étroit contrôle des médecins-inspecteurs. Il leur est en particulier formellement interdit de se servir des titres de "docteur" ou *"doktera"*. La liste des médicaments qu'ils peuvent prescrire est contrôlée par l'administration.

Mise en place de l'AMI et de la réglementation malgaches aux Comores

À partir de 1914, les Comores forment une des provinces de la colonie de "Madagascar et dépendances". Chaque île correspond à un district. Le rattachement des Comores à Mada-

Affiche de 1928.

© Musée des troupes de marine (Fréjus)

Hiérarchie du personnel indigène de l'AMI.

JO de Madagascar du 18 janvier 1919.

• ADM. 2K25

L OFFICIEL DE MADAGASCAR ET DÉPENDANCES — 18 Janvier 1919

HIÉRARCHIE		SOLDE	CLASSEMENT
1° Médecins indigènes			
Médecins-principaux	de 1re classe	3.000	2e catégorie.
	de 2e classe	2.700	
Médecins	de 1re classe	2.400	
	de 2e classe	2.100	
	de 3e classe	1.800	3e catégorie.
	de 4e classe	1.500	
2° Sages-femmes indigènes			
Sages-femmes hors classe.	hors classe exceptionnelle	1.080	3e catégorie.
	1re catégorie	960	
	2e catégorie	840	4e catégorie.
Sages-femmes	de 1re classe	720	
	de 2e classe	600	
	de 3e classe	480	
3° Infirmiers principaux indigènes			
Infirmiers principaux	de 1re classe	1.000	3e catégorie.
	de 2e classe	800	
	de 3e classe	600	
Infirmiers principaux stagiaires	de 1re classe	420	
	de 2e classe	360	
	de 3e classe	300 (1)	
4° Infirmiers et infirmières indigènes			4e catégorie.
Infirmiers et infirmières.	de 1re classe	(2) soldes variables suivant les circonscriptions.	
	de 2e classe		
	de 3e classe		
Infirmiers et infirmières stagiaires		id.	
5° Servants		id. (3)	

(1) Les infirmiers de 1re classe de l'assistance médicale indigène nommés infirmiers principaux stagiaires et recevant déjà une solde supérieure à celle de leur nouvel emploi conserveront le droit à leur ancienne solde pendant la durée de leur stage.

(2) Des décisions locales soumises à l'approbation du Gouverneur Général fixent dans chaque circonscription les soldes des infirmiers et infirmières indigènes. Ces soldes augmentent uniformément de 60 francs par classe sans excéder pour la 1re classe la somme de 600 francs pour les infirmiers et de 480 francs pour les infirmières.

(3) Solde variable suivant les circonscriptions, fixée par décisions locales soumises à l'approbation du Gouverneur Général, et pouvant aller de 90 francs à 300 francs par an.

gascar implique la mise en place progressive de la réglementation de la Grande Île.

En 1914, l'administrateur des Comores est encore dans l'incertitude à ce sujet : « *Dans un rapport fourni à M. le Directeur du Service de Santé, j'ai insisté pour que tous les règlements relatifs à l'assistance médicale me soient envoyés. J'ai demandé s'il y avait lieu de nommer un Médecin Inspecteur. J'ai fait ressortir dès l'an dernier que la taxe d'assistance médicale de 0,50 F permettait seulement l'achat des médicaments et le paiement de la nourriture des lépreux. Rien ne m'a été répondu à ce rapport. L'organisation définitive de l'assistance médicale dépend cependant de l'application de tous les règlements de Madagascar à la Province des Comores. Nous ne possédons pas un seul de ces règlements. Ce n'est pas simplement par voie budgétaire qu'on doit régler cette question. Alors que depuis six mois on a demandé des médicaments pour Mohéli, rien n'est encore parvenu. Le médecin européen Chef du District se débat dans le vide. On ne lui répond rien. On se demande également comment doit être organisé l'hôpital de Dzaoudzi. Reste-t-il hôpital civil ? Quel règlement doit lui être appliqué ? On attend encore la réponse à toutes ces questions. Le Chef de province ne peut pourtant de lui-même décider que l'hôpital de Dzaoudzi sera transformé en hôpital de l'Assistance Médicale et que l'arrêté du 31 décembre 1910 est appliqué à la province des Comores.* »[39]

C'est en 1915 que sont pris les arrêtés instaurant l'AMI aux Comores. Un médecin-inspecteur réside à Dzaoudzi, des médecins de colonisation malgaches dans les autres îles. En 1920, ce sont même deux médecins, anciens membres de l'association nationaliste VVS, dont on utilise les compétences. Mais, dès avant 1914, des médecins malgaches exercent aux Comores.

À l'échelon du village, l'administration indigène est représentée par un chef de village et un conseil des notables ou *"Ouatou Akouba"*, ce dernier, institué sur le modèle des *Fokonolona* malgaches, par l'arrêté du 27 janvier 1915. Parmi ses attributions, on trouve à l'article 13, la salubrité : « *Tout habitant d'un village doit signaler immédiatement au chef de village et au "Conseil des notables" les cas de maladies contagieuses, telle que la peste, la variole, la lèpre, et le Conseil contribue aux mesures à prendre pour assurer l'isolement des malades et les désinfections nécessaires ; il doit surveiller l'abattage des bestiaux et signaler les animaux morts ou abattus à la suite d'une affection contagieuse, telle que la morve et le charbon ou toute autre épizootie.* » Mais il ne semble pas que cette administration indigène, très critiquée dans les rapports des administrateurs, pour les déficiences de son fonctionnement et de son personnel, ait pu avoir, dans le domaine de la santé comme dans d'autres, une action vraiment efficace.

1919 : la grippe espagnole frappe Madagascar mais touche peu l'archipel des Comores

La pandémie de grippe espagnole a tué entre 25 et 50 millions de personnes dans le monde en 1918-1920, un tiers de la population mondiale a été infecté. Partie des États-Unis, elle est transportée en Europe par les troupes américaines qui vont combattre sur le front occidental. Elle gagne ensuite le reste du monde et en particulier les colonies avec la démobilisation et le rapatriement des troupes. Elle s'est manifestée en trois phases : mars-juin 1918, fin août 1918-mars 1919, mars 1919-juin 1920. Elle se caractérise par sa très forte contagiosité et sa virulence. Après une période d'incubation de deux à trois jours, elle conduit souvent à la mort par les complications qu'elle entraîne (infection bactérienne, pneumonie). Elle frappe les contemporains car elle touche essentiellement les jeunes adultes de 20 à 40 ans.

Dans l'océan Indien, la pandémie se manifeste à partir de la fin de l'année 1918. En octobre 1918, un avis paru au *Journal officiel de Madagascar* annonce qu'une épidémie très grave sévit en Afrique du Sud mais c'est au printemps 1919 qu'elle prend une ampleur catastrophique dans la région. À La Réunion, l'épidémie se déclenche avec l'arrivée du *"Madonna"*, fin mars 1919, qui ramène à son bord 1 600 permissionnaires. Elle fait près de dix mille morts en cinq semaines. Du 20 au 27 avril, il y a une moyenne journalière de cent décès.

AVIS

relatif à l'influenza espagnole

Le public est informé qu'une épidémie d'une extrême gravité appelée influenza espagnole ayant le caractère de la pneumonie sévit actuellement dans les possessions anglaises de l'Afrique du Sud. La mortalité parmi les indigènes est élevée, elle frappe aussi les Européens.

Jusque à nouvel ordre, tous les navires provenant de l'Afrique du Sud ne seront admis que dans les ports de Majunga, Tamatave, Diego-Suarez où ils seront astreints à la quarantaine pour une durée qui sera fixée ultérieurement. Les passagers seront internés dans les lazarets et soumis à la désinfection du nasopharynx.

Avis de grippe.

JO de Madagascar du 19 octobre 1918.

• *ADM. 2K24*

À Madagascar, l'épidémie se répand à partir de Diégo-Suarez, où deux gendarmes malades ont débarqué, provenant du *"Madonna"*, et de la côte est, par Tamatave. Il y a plus de 80 000 victimes dont de nombreux médecins.

L'archipel des Comores semble avoir été peu touché, peut-être en raison de son isolement relatif et de la rareté des liaisons maritimes régulières à cette époque. L'existence de grippes saisonnières y est attestée par les témoignages des médecins européens mais l'impact de la grippe espagnole semble avoir été assez faible si l'on en croit les bulletins sanitaires établis par le gouvernement général de Madagascar. Seule l'île d'Anjouan est touchée au mois d'août.

La médecine se révèle incapable de faire face au fléau, les mesures de prévention et les traitements proposés semblent dérisoires. Le nombre important des victimes et la rapidité de la contagion ne laissent que peu de solutions. Les mesures sont avant tout préventives. Il s'agit d'éviter la contamination en isolant les régions déjà touchées, en interdisant les contacts avec les malades et les réunions publiques. Ce n'est qu'à partir du mois de septembre 1919 que l'épidémie s'éteint peu à peu.

Madagascar, le 3 mai 1919

Notice sur la grippe

I- Précautions à prendre avant l'épidémie

- *Antisepsie nasale et buccale : instiller dans le nez, trois fois par jour, avec un compte-gouttes, quelques gouttes d'huile goménolée au dixième, d'huile camphrée ou mentholée au vingtième. Comme antiseptique de la bouche, on peut recommander la formule suivante à utiliser en gargarismes, trois fois par jour, à raison d'une cuillerée à café dans un verre d'eau :*

salol	*1 gramme*
thymol....................	*0,50 centigramme*
menthol..................	*0,70 -*
alcool à 85°	*q. s. pour 120 c. c.*

- *Une solution d'aniodol au centième est également utilisable. Faire infuser ou brûler dans les maisons des feuilles d'eucalyptus.*
- *Prise quotidienne de 0 gr. 25 de quinine. Emploi de l'arrhénal : 10 gouttes pour les adultes à chacun des deux grands repas de la solution au vingtième. Alterner les deux médicaments, quinze jours l'un, quinze jours l'autre.*
- *Bain de propreté avec savonnage du corps.*
- *Le brossage, l'aération, l'ensoleillement quotidien des vêtements feront tomber et détruiront les germes qui pourraient y être déposés.*
- *Changer fréquemment de linge. Le savonnage des mains, de la face, de la bouche et des dents doit être pratiqué plusieurs fois par jour, surtout avant les repas.*
- *Éviter toute cause de fatigue, faire attention de ne pas se refroidir, de ne pas avoir froid ni à la tête ni aux pieds, s'alimenter aussi confortablement que possible.*

II- Précautions à prendre si l'épidémie se déclarait

1° Précautions à prendre par les personnes saines

- *Éviter toute agglomération (écoles, cinémas, églises, marchés et toutes cérémonies de nature à provoquer une affluence humaine).*
- *Éviter le contact des malades, des personnes qui viennent d'avoir la grippe, des personnes qui ont encore des malades chez eux.*
- *Le personnel indigène est une cause de danger de contamination permanent. Donc, réduire le contact au minimum.*
- *Éloigner toute personne qui n'est pas indispensable dans la maison. Quant à ceux qui resteront, leur imposer les mesures suivantes : avoir un vêtement de dessus, qui sera fréquemment lavé, et qu'ils ne porteront qu'à la maison, le revêtant quand ils prennent leur service, le quittant quand ils entrent chez eux. Les faire gargariser trois fois par jour avec le contenu d'un demi-verre d'eau additionné de 5 gouttes de teinture d'iode. Leur défendre expressément de se moucher et de cracher par terre.*
- *Surveiller leur état de santé, les éloigner à la moindre toux ou au plus petit coryza.*

2° précautions à prendre par ceux qui soignent les malades

- *L'agent causal de la grippe est un microbe qui se transmet par la salive et les mucosités du nez.*
- *L'indication essentielle est donc de protéger les fosses nasales et la bouche de la pénétration du contage chez les personnes saines, et de l'empêcher d'être projeté au dehors chez les personnes malades.*
- *Le masque de gaze permet de satisfaire à ces deux conditions : il sera porté par le malade dès le début de son affection et surtout par tout le personnel soignant ou par les membres de la famille dès qu'ils entreront dans la chambre du grippé. Il sera fait de gaze pliée en six ou huit doubles et aura 10 à 15 centimètres de côté. Il sera fixé de façon à cacher la moitié inférieure du nez, les narines et la bouche à l'aide d'un lien attaché sur le sommet de la tête. Avant l'usage, on répandra quelques gouttes de goménol sur la surface extérieure de la gaze. Celle-ci sera renouvelée ou bouillie après chaque visite faite au malade. Ce mode de protection est très efficace.*

3° Précautions à prendre pour les malades

- *Lorsqu'il y a un malade dans la maison, l'isoler complètement. Il est nécessaire d'insister spécialement sur ce point capital. Si dès le premier cas produit dans une famille jusque-là indemne, l'isolement et méthodiquement observé, s'il ne s'approche des malades que des personnes isolées par le port des masques, de blouses régulièrement désinfectés après chaque contact, si l'antisepsie naso-buccale est pratiquée par les membres de la famille et les domestiques, si on ferme la porte aux visiteurs, on peut limiter la contagion.*
- *Faire cracher le malade dans un récipient contenant de l'acide phénique ou du sublimé ; les draps, les mouchoirs, le linge de corps du malade doivent être lessivés ; la literie et le parquet de la chambre doivent être lavés à l'eau bouillante.*
- *Le malade sera baigné avant de sortir et les vêtements qu'il portait seront exposés au soleil pendant deux jours.*

4° Soins à donner aux malades

- *Les complications pulmonaires de la grippe constituent le gros danger de la maladie. Il faut donc éviter tout refroidissement, s'aliter immédiatement de manière à se tenir bien au chaud dès le début ; absorber des boissons chaudes.*
- *À la moindre complication pulmonaire, et en attendant le médecin, se soigner de la manière suivante :*
- *Appliquer sur le thorax, devant et derrière, des ventouses sèches. Ensuite entourer la poitrine du malade de l'enveloppement sinapisé préparé de la manière suivante : une serviette pouvant recouvrir le thorax du malade est trempée dans l'eau chaude et après l'avoir tordue, on la saupoudre de farine de moutarde, on l'applique ensuite autour de la cage thoracique, non sans avoir pris, auparavant, la précaution d'étaler tout d'abord un large pansement de gaze fine sur la peau du malade, pour éviter sur cette dernière l'adhérence des grains de moutarde qui ne manqueraient pas de produire une vésication très énergique. Cet enveloppement est laissé dix minutes, un quart d'heure ou même plus suivant la tolérance de l'épiderme. Le résultat ne se fait pas attendre et l'on voit apparaître une révulsion des plus intenses qu'il suffira désormais d'entretenir jour et nuit. À cet effet, l'enveloppement sinapisé sera remplacé par des enveloppements chauds et humides recouverts de taffetas gommé et de ouate que l'on renouvellera toutes les deux heures pendant six jours et à diverses reprises la nuit.*

NOTICE SUR LA GRIPPE

Précautions à prendre avant l'épidémie

Antiseptie nasale et buccale

Instiller dans le nez, trois fois par jour, avec un compte-goutte, quelques gouttes d'huile goménolée au dixième, d'huile camphrée ou mentholée au vingtième.

Comme antiseptique de la bouche, on peut recommander la formule suivante à utiliser en gargarismes, trois fois par jour, à raison d'une cuillerée à café dans un verre d'eau :

Salol.............	1 gramme
Thymol..........	0,50 centigrammes
Menthol..........	0,70 —
Alcool à 85°......	q. s. pour 120 c. c.

Un solution d'aniodol au centième est également utilisable. Faire infuser ou brûler dans les maisons des feuilles d'eucalyptus.

Prise quotidienne de 0 gr. 25 de quinine. Emploi de l'arrhénal : 10 gouttes pour les adultes à chacun des deux grands repas de la solution au vingtième. Alterner les deux médicaments, quinze jours l'un, quinze jours l'autre.

Bains de propreté avec savonnage du corps.

Le brossage, l'aération, l'ensoleillement quotidien des vêtements feront tomber et détruiront les germes qui pourraient y être déposés.

Changer fréquemment de linge. Le savonnage des mains, de la face, de la bouche et des dents doit être pratiqué plusieurs fois par jour, surtout avant les repas.

Eviter toute cause de fatigue, faire attention de ne pas se refroidir, de ne pas avoir

Notice sur la grippe.

JO de Madagascar du 3 mai 1919.

• *ADM, 2k25*

AVIS OFFICIELS

BULLETINS SANITAIRES

6 août 1919

Vohemar. — *Vohemar-Ville et périmètre suburbain.* — Aucun cas nouveau.

Des renseignements fournis pour la 2e quinzaine de juillet par huit cantons du district central, il résulte que 890 indigènes auraient été ou seraient encore atteints de grippe épidémique ; décès : 76.

Sans renseignements d'Antalaha et de Sambava.

Mananjary. — 4 et 5 août : néant.

Betroka. — *Betroka-Ville.* — 30 cas indigènes, 6 décès.

District de Midongy. — 2 cas nouveaux indigènes, 1 décès.

Rien de nouveau à Ihosy et Ivohibe.

Fianarantsoa. — 4 et 5 août. — Européens et assimilés, néant ; indigènes, 107 ; décès, 19. La situation est redevenue normale dans la province, à l'exception d'Ambalavao.

Fort Dauphin. — 5 août. — *Fort-Dauphin-Ville.* — Prison, garde indigène, tirailleurs : pas de cas nouveaux ni de décès. L'amélioration continue.

Hôpital et assistance médicale indigène. — Aucun cas nouveau, 3 décès.

District central. — Amélioration ; aucun cas nouveau.

Ranomafana. — 11 cas nouveaux.

Ambovombe. — 30 cas nouveaux, pas de décès.

Tsihombe. — Néant.

Morondava. — *Mahabo.* — 31 juillet : 8 cas nouveaux indigènes, 9 décès, 1 guérison d'assimilé. — 1er août : 6 indigènes, pas de décès, 2 guérisons d'assimilés. — 2 août : pas de cas nouveaux indigènes, 1 décès, 10 guérisons. — 3 août : 1 cas nouveau indigène, pas de décès, 7 guérisons. — 4 août : 1 cas nouveau indigène, 1 décès, 6 guérisons. Situation récapitulative de tout le district sauf Mahabo et environs au 31 juillet : 1.409 indigènes atteints, 217 décès, 601 guérisons.

Miandrivazo. — 1er août : Aucun cas nouveau.

Tsiandro. — 30 juillet : Aucun cas nouveau, 2 guérisons, 1 décès. — 31 juillet : 3 décès. — 1er août : aucun cas nouveau, 6 guérisons. — 2 août : aucun cas nouveau, 8 guérisons.

Ankavandra. — 28, 29, 30 et 31 juillet : 19 cas nouveaux indigènes, 25 décès. — 5 août : 1 guérison.

District de Maintirano. — On signale que la grippe vient de se déclarer dans le canton de Beravina. Une vingtaine de cas ont été constatés dans la population indigène dont 2 suivis de décès.

Ankazobe. — *Gouvernement de Fihaonana.* — 5 août : 3 cas nouveaux, 43 en traitement, pas d'entrée, 2 guérisons, pas décès.

Hôpital indigène d'Ankazobe. — 5 août : 1 entrée, 1 sortie, pas de décès, 19 en traitement dont 14 avec complications, 10 cas nouveaux à la consultation.

Gouvernement d'Ambatomanzina. — 28 juillet au 1er août : aucun cas constaté.

Mesures prises

Par arrêté en date du 7 août 1919, la province de Mananjary est déclarée indemne de grippe épidémique.

7 août 1919

Comores. — *Ville d'Ouani.* — L'état sanitaire est excellent.

Ville de Mutsamudu. — La fièvre disparait mais il y a de nombreux malades de toux ; 1 décès.

Poste médical de Fenohasina. — 11 au 12 août : 2 cas nouveaux à la consultation, 2 entrées, pas de sortie ni de décès, 5 en traitement.

Gouvernement de Fihaonana. — 13 août : 1 cas nouveau, 39 en traitement, ni entrée, ni guérison, ni décès.

Majunga. — *Ville et district de Majunga.* — Aucun cas nouveau depuis le 29 juillet.

District de Marovoay. — Aucun cas nouveau depuis le 7 août.

Betroka. — *District de Betroka.* — Cas nouveaux : Européens ou assimilés, 1 ; indigènes, 108 ; 13 décès indigènes.

District d'Ihosy. — 26 cas nouveaux indigènes, 43 décès.

Iakora. — 1 cas nouveau indigène, 5 décès.

District d'Ivohibe. — Rien de nouveau à signaler depuis plusieurs jours.

Farafangana. — 12 au 13 août.

Farafangana-Ville. — Néant.

Vohipeno. — Signale 28 décès du 2 au 9 août.

Comores. — *Mutsamudu.* — 12 août : 1 décès : 13 août : état stationnaire à Mutsamudu et à Ouani. Bambao signale quelques cas depuis le 11. 14 août : état sanitaire très satisfaisant, aucun décès.

Moramanga. — *Poste d'Andilamena-Ville.* — 6 au 8 août : 2 cas, aucun décès. L'épidémie, d'ailleurs peu intense, parait en décroissance. — Dans les quatre gouvernements du Sud, aucun cas. Pas de décès depuis le 2 août.

Fort Dauphin. — 13 août :

Fort-Dauphin-Ville. — Sans changement, pas de décès.

Hôpital et assistance médicale indigène. — Rien à signaler.

District central. — Sans changement ni décès.

District de Tsivory. — 2 cas nouveaux indigènes, 1 décès.

Ranomafana. — Sans nouvelles.

Poste de Manantenina. — Pas de cas nouveau, ni de décès.

Ambovombe. — 30 cas nouveaux, 2 décès.

Poste de Behara. — 5 cas nouveaux, 1 décès.

Tsihombe. — Néant.

Mesures prises

Par arrêté du 14 août 1919, la ville d'Analalava a été déclarée indemne de grippe épidémique.

16 au 17 août 1919

Comores. — 16 août : L'état sanitaire à Anjouan est satisfaisant. — Décès : Européens ou assimilés, 1 ; indigènes, néant.

Vohemar. — *Poste administratif de Sambava* : L'état sanitaire de la ville est satisfaisant. — Dans l'intérieur du poste l'épidémie de grippe sévit encore avec une certaine intensité parmi la population indigène, de nombreux cas sont signalés mais non vérifiés. Le nombre des décès serait de 64 pendant la premier quinzaine d'août.

Sans renseignements d'Antalaha.

Majunga. — *District de Marovoay.* — Aucun cas depuis le 7 août et aucun malade en traitement.

Betroka. — 16 et 17 août :

District de Betroka. — 117 cas nouveaux indigènes, 29 décès. — Ces chiffres concernent Betroka-Ville et quelques villages environnants.

District d'Ihosy. — 19 cas nouveaux : indigènes, 5 décès.

District de Midongy. — 15 cas nouveaux : indigènes, 3 décès.

Mesures prises

Par arrêté du 14 août 1919, le territoire du district de Mandritsara a été déclaré contaminé de grippe épidémique.

18 août 1919

Morondava. — *District de Morondava.* — Aucun cas constaté depuis plus de onze jours.

Maroantsetra. — *District de Mandritsara.* — Du 9 au 17 août : 2.599 malades indigènes, 32 décès.

A l'hôpital. — Du 12 au 17 août : 119 consultations, 12 entrées, 1 décès. L'épidémie sévit de façon bénigne dans quatre cantons sauf celui de Marotandrano où aucun cas n'a été signalé à ce jour.

Aucun cas parmi les européens et assimilés.

Ankazobe. — *Gouvernement de Fihaonana.* — Du 14 au 16 août : 8 cas nouveaux dont 4 avec complications, 41 en traitement ; 2 entrées, 4 guérisons, pas de décès.

Hôpital indigène d'Ankazobe. — Du 16 au 18 août : 7 entrées dont 4 avec complications, 2 sorties, pas de décès, 22 en traitement dont 14 avec complications, 2 cas nouveaux à la consultation.

Ville d'Ankazobe. — 18 août : Européens ou assimilés : 1 cas.

Fort-Dauphin. — 16 août : *Fort-Dauphin-Ville, hôpital, assistance médicale indigène et district central.* — Rien à signaler. — Tous malades actuellement guéris.

District de Tsivory. — 2 cas nouveaux indigènes, 1 décès. Dans la région de Babaria, 8 décès dans les trois derniers jours.

Ranomafana. — 39 cas nouveaux, 4 décès.

Manantenina. — 11 cas nouveaux, 1 décès.

Ambovombe. — 23 cas nouveaux pas, de décès.

Tsihombe. — Néant.

17 août

Fort-Dauphin-Ville, hôpital, assistance médicale indigène et district central. — Rien à signaler.

Tsihombe. — Néant.

Ambovombe. — Sans renseignements.

Tsivory. — Ni cas nouveaux, ni décès.

Ranomafana. — Sans renseignements.

Manantenina. — 1 cas nouveau, 2 décès.

Farafangana. — 13 au 16 août : *Farafangana-Ville.* — 3 malades indigènes provenant de la province de Betroka.

Poste d'Amparihy. — 21 juillet au 5 août : 22 décès indigènes.

Comores. — Anjouan signale que l'état sanitaire est stationnaire.

Mesures prises

Par arrêté du 16 août 1919, la province de l'Itasy a été déclarée indemne de grippe épidémique.

Par arrêté en date du 16 août 1919, la province d'Ambositra a été déclarée indemne de grippe épidémique.

Par arrêté du 16 août 1919, la province de Moramanga a été déclarée indemne de grippe épidémique.

Bulletins sanitaires.

JO de Madagascar des 16 et 23 août 1919.

• *ADM. 2K26*

35e Année. — N. S. — No 1725 Samedi 19 Avril 1919.

JOURNAL OFFICIEL DE MADAGASCAR ET DÉPENDANCES

ABONNEMENTS :
Madagascar
Un an.................... 10 fr.
Six mois................. 5 fr.
France et Etranger
Un an.................... 12 fr.
Six mois................. 6 fr.

LE JOURNAL OFFICIEL DE MADAGASCAR
Paraît le Samedi
On s'abonne à Tananarive, à l'Imprimerie Officielle
PRIX DU NUMÉRO : 0 fr. 15 cent.

PUBLICITÉ POUR UNE ANNONCE :
PETITES ANNONCES
0 fr. 25 la ligne
ANNONCES RÉCLAMES
1 fr. la ligne
S'adresser à l'Imprimerie Officielle
Tananarive

AVIS RELATIF A LA GRIPPE

Le Gouvernement Général a été informé le 18 avril qu'une épidémie de grippe sévit à la Réunion et que quelques cas ont été constatés à Diego-Suarez. Le Comité central d'hygiène et de salubrité publique de la Colonie, réuni d'urgence, a prescrit sur l'heure les mesures nécessaires qui ont fait l'objet des instructions suivantes du Gouvernement Général :

1° Au sujet de l'*Orénoque* :

Si l'*Orénoque* communique avec la Réunion et étant donné la courte durée du trajet de retour Réunion-Tamatave, le vapeur sera considéré comme ayant des malades à bord. En conséquence, quel que soit l'état sanitaire de la Réunion au retour de l'*Orénoque*, les passagers qui ne sont pas à destination de Tamatave ne pourront pas descendre à terre. Les passagers à destination de Tamatave, malades ou non, seront débarqués au lazaret pour y subir une quarantaine qui sera de trois jours après le dernier cas. Les marchandises pourront être débarquées à quai, mais devront être exposées au soleil quarante-huit heures. Les manœuvres seront isolés à bord pendant les opérations de déchargement, puis isolés au lazaret. Les courriers seront désinfectés. Si l'*Orénoque* ne communique pas avec la Réunion et s'il n'y a pas de malades à bord, il aura libre pratique.

2° Pour l'*Hyacinth* :

Les autorités de Diego-Suarez ont été invitées à interdire les relations du navire avec la terre. Si ces instructions sont arrivées à temps pour être exécutées et s'il n'y a pas de malades à bord, l'*Hyancith* aura libre pratique à Tamatave. S'il a communiqué avec Diégo, il sera mis en quarantaine à Tamatave.

3° Pour Diego-Suarez :

L'administrateur de Diego-Suarez ayant déjà pris des mesures prophylactiques et, conformément aux instructions du Gouvernement Général, licencié les écoles, a reçu en outre l'ordre : *a)* d'interdire toutes réunions (écoles, églises, cinéma, marchés, etc..) ; *b)* d'inviter les habitants à ne pas aller voir les malades atteints de grippe, à éviter autant que possible de se moucher, de cracher et d'éternuer par terre ; *c)* de recommander l'alitement à la plus petite poussée fébrile, en attendant le médecin. En plus, les autorités de Diego-Suarez ont reçu l'ordre d'établir un cordon sanitaire au moyen des troupes de la garnison. Le cabotage est suspendu.

4° Pour les autres provinces :

Un télégramme a été adressé à toutes les provinces pour signaler la situation et indiquer les mêmes mesures prophylactiques et collectives à prendre. L'attention des provinces de Vohemar, d'Ambilobe, d'Analalava, de Nosy-Be et de Majunga a été plus particulièrement attirée sur la situation.

5° Pour Tananarive :

L'affiche dont le texte est reproduit ci-après indique toutes les mesures individuelles et collectives à prendre. Il sera procédé dans les différents postes médicaux de l'assistance médicale indigène Ankadinandriana, Imarivolanitra, Isotry, Ankadifotsy, Andrefandrova, Anosipatrana, Mahazoarivo à des distributions gratuites de solution iodée aux indigents.

TEXTE DE L'AFFICHE

En raison de quelques cas de grippe, survenus à la Réunion et à Diégo-Suarez, il est conseillé à la population :

1° De faire des gargarismes, deux ou trois fois par jour avec un demi verre d'eau tiède contenant cinq gouttes de teinture d'iode ;

2° D'introduire dans chaque narine deux fois par jour de l'huile mentholée ou goménolée ;

3° De faire brûler ou infuser dans les habitations des feuilles d'eucalyptus ;

4° Eviter autant que possible les agglomérations, ou du moins suivre plus rigoureusement encore les mesures ci-dessus prescrites à la sortie de toute réunion (école, église, cinéma, zoma, etc., etc.) ;

5° Eviter d'aller voir les malades atteints de grippe ;

6° Eviter de se moucher, de cracher, d'éternuer par terre ;

7° Dès la plus petite poussée fébrile, pour éviter des complications graves, s'aliter, prendre garde de se refroidir, absorber des boissons chaudes en attendant le médecin.

NOTA. — Il résulte d'un télégramme du chef de la province de Diego-Suarez en date du 19 courant que le « Hyacinth » a mouillé dans ce port le 18 avril à 13 h. 10 et relevé ce matin à 8 heures sans toucher terre.

SOMMAIRE

Partie officielle

PAGES

Administration générale

ARRÊTÉ modifiant l'arrêté du 2 octobre 1917 relatif à la constitution du comité consultatif de taxation prévu par la loi du 20 avril 1916 346

ARRÊTÉ rapportant les arrêtés des 13 juin, 25 juillet, 18 octobre, 14 et 23 novembre 1918, relatifs à la taxation et à la réquisition du riz en paille et du riz décortiqué dans les circonscriptions de Moramanga, du Vakinankaratra, de l'Itasy et d'Ankazobe. 346

Administration provinciale et communale

DÉCISION PROVINCIALE portant dénomination des avenues, places et rues de la ville de Maroantsetra....................

DÉCISION PROVINCIALE (extrait) infligeant une amende collective aux fokonolona de dix villages du district de Tamatave.......... 347

DÉCISION PROVINCIALE (extrait) infligeant une amende collective aux fokonolona de quatre villages du district de Fenerive........ 347

DÉCISION PROVINCIALE (extrait) fixant le prix de cession de la main-d'œuvre pénale indigène à Nosy-Be.................... -

DÉCISION PROVINCIALE (extrait) infligeant une amende collective aux fokonolona du village de Malaza (districet du Mamolakazo)... 347

DÉCISION PROVINCIALE (extrait) infligeant une amende collective à 36 membres des fokonolona de trois villages du district du Mamolakazo.................... 347

ARRÊTÉ (extrait) créant trois foires annuelles à Ambilobe.................... 347

ARRÊTÉ (extrait) autorisant la Compagnie Lyonnaise de Madagascar à installer à Vangaindrano un établissement pour la préparation des peaux par l'arsenic........ 347

ARRÊTÉ (extrait) autorisant le nommé Razatimbahiny à installer à Ikalamavony (district de Fianarantsoa), un établissement pour la préparation des peaux par l'arsenic. 347

Justice

ARRÊTÉ modifiant l'article 1er de l'arrêté du 29 novembre 1913, créant à titre permanent une chambre supplémentaire près le tribunal indigène du 2e degré de Majunga. 347

Avis relatif à la grippe.

JO de Madagascar du 19 avril 1919.

• *ADM. 2K25*

4 1946-1975 : la voie de l'autonomie et ses conséquences

APRÈS LA SECONDE Guerre mondiale, pour la première fois à cette échelle dans l'archipel des Comores, des moyens importants sont mis en œuvre pour combattre les endémies et améliorer la santé des populations dans un nouveau contexte de remise en cause de la domination coloniale. En janvier-février 1944, avant même la fin du conflit, une conférence réunit à Brazzaville des responsables coloniaux afin de définir une nouvelle politique. Elle aboutit à des recommandations visant à améliorer la situation économique et sociale des peuples colonisés. En 1946, la constitution de la IVe République crée un nouveau cadre, l'Union française *« composée de nations et de peuples qui mettent en commun ou coordonnent leurs ressources et leurs efforts pour développer leurs civilisations respectives, accroître leur bien-être et assurer leur sécurité. »* [40]

La politique coloniale s'efforce donc de s'adapter à un monde nouveau. Il s'agit de préparer les peuples colonisés à une émancipation jugée par beaucoup inéluctable. Les nouvelles organisations internationales comme l'Organisation des Nations unies (ONU) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS)jouent un rôle important dans ce domaine. La première, en étant un forum où la politique des puissances coloniales est en permanence sous surveillance. L'article 73 de la charte prévoit ainsi que les puissances en charge des "territoires non autonomes" doivent communiquer au Secrétaire général *« des renseignements statistiques et autres de nature technique relatifs aux conditions économiques, sociales et de l'instruction dans les territoires dont ils sont respectivement responsables. »* La seconde, créée en 1948, promeut une coopération internationale dans le domaine de la santé et fixe un cadre commun en la matière.

***

LOI N° 46-973
tendant à accorder l'autonomie administrative et financière à l'archipel des Comores.

L'Assemblée Nationale Constituante a adopté,

Le Président du Gouvernement provisoire de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

ART. 1er. L'archipel des Comores forme, sous la haute autorité du Haut Commissaire de la République, Gouverneur Général de Madagascar, un territoire jouissant de l'autonomie administrative et financière.

Il est placé sous la direction d'un administrateur supérieur, assisté d'un conseil général dont la composition, les règles de fonctionnement et les attributions seront fixées par une loi.

ART. 2. Est abrogé l'article 2 de la loi du 25 juillet 1912 rattachant au gouvernement général de Madagascar les îles Mayotte, Anjouan, Mohéli et la Grande Comore.

ART. 3. L'organisation du territoire de l'archipel des Comores, les pouvoirs de l'administrateur supérieur, ainsi que les mesures propres à réaliser l'équilibre budgétaire de l'archipel seront déterminés par un décret rendu sur le rapport du Ministre de la France d'Outre-mer.

Ce décret fixera toutes dispositions transitoires.

La présente loi, délibérée et adoptée par l'Assemblée Nationale Constituante, sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 9 mai 1946.
FÉLIX GOUIN.

Par le Président du Gouvernement provisoire de la République :

Le Ministre de la France d'Outre-mer,
MARIUS MOUTET.

***

Loi du 9 mai 1946 sur l'autonomie des Comores.

JO de Madagascar du 23 novembre 1946.

• *ADM. 2K53*

De nouveaux moyens financiers

L'archipel des Comores a longtemps pâti d'un manque d'investissement de la métropole auquel la maigreur des budgets locaux, qui reposaient sur une économie déclinante, n'a jamais pu suppléer. Le rattachement à Madagascar n'avait guère amélioré les choses sauf, dans une certaine mesure, en matière de personnel. Après la Seconde Guerre mondiale, et dans la ligne des propositions de la conférence de Brazzaville, des efforts financiers sont enfin consentis.

La loi du 30 avril 1946, votée par l'Assemblée constituante, prévoit l'établissement de plans de développement économique et social d'une durée de dix ans pour les territoires relevant du ministère de la France d'Outre-mer. À cette fin est créé le Fonds d'investissements pour le développement économique et social des Territoires d'Outremer (Fides). Les recettes de ce fonds devant être alimentées par le budget de l'État et par les contributions des territoires. C'est la Caisse centrale de la France d'outre-mer (CCFOM) qui le gère. Un comité directeur donne son avis sur les programmes et est chargé selon la loi "d'exécuter les dispositions adoptées par le financement de ces programmes".

Au mois d'août 1947, le Conseil général des Comores délibère sur un projet de plan décennal et, le 2 août 1948, le comité directeur du Fides approuve le projet de budget du plan de l'archipel des Comores pour la période du 1er juillet 1948 au 30 juin 1949. Le montant de cette première tranche s'élève à 88,7 millions de francs CFA (autorisation d'engagement). La santé se voit dotée de 17,4 millions de francs CFA (19,6%). Les crédits de paiement s'élèvent à 73,8 millions (dont 40 millions de subventions de la métropole).

L OFFICIEL DE MADAGASCAR ET DEPENDANCES. 559

ARRÊTÉ

promulguant la loi n° 46-860 du 30 avril 1946 qui tend à l'établissement, au financement et à l'exécution de plans d'équipement et de développement des territoires relevant du ministère de la France d'Outre-mer.

Le Conseiller d'État. Haut Commissaire de la République Française, Gouverneur Général de Madagascar et Dépendances,

Vu les décrets des 11 décembre 1895 et 30 juillet 1897,

Arrête :

ART. 1er. Est promulguée dans la colonie de Madagascar et Dépendances la loi n° 46-860 du 30 avril 1946 tendant à l'établissement, au financement et à l'exécution de plans d'équipement et de développement des territoires relevant du Ministère de la France d'Outre-mer.

ART. 2. Le présent arrêté sera enregistré, publié et communiqué partout où besoin sera.

Tananarive, le 25 juin 1946.

Pour le Haut Commissaire
de la République Française,
Gouverneur Général, et par délégation :
Le Secrétaire Général,
R. BOUDRY.

***

LOI N° 46-860

tendant à l'établissement, au financement et à l'exécution de plans d'équipement et de développement des territoires relevant du Ministère de la France d'Outre-mer.

L'Assemblée Nationale Constituante a adopté,

Le Président du Gouvernement provisoire de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

ART. 1er. Dans un délai de six mois, le Ministre de la France d'Outre-mer établira, pour les territoires relevant de son autorité, à la date de la présente loi, des plans de développement économique et social portant sur une période de dix années. Ces plans comporteront la transformation de ces territoires en pays modernes pour tout ce qui concerne leur équipement public et privé et engloberont la production, la transformation, la circulation et l'utilisation des richesses de toute nature des dits territoires.

Ils auront pour objet : d'une part et par priorité, de satisfaire aux besoins des populations autochtones et de généraliser les conditions les plus favorables à leur progrès social ; d'autre part, en concordance avec les plans établis par le commissariat général du plan, de concourir à l'exécution des programmes de reconstitution et de développement de l'économie de l'Union Française, tant sur le plan métropolitain que sur celui des échanges internationaux.

Ces plans seront approuvés par décrets pris en conseil des ministres, sur le rapport du Ministre de la France d'Outre-mer, après avis des autorités locales et du conseil du plan.

ART. 2. En vue de la préparation et de l'exécution de ces plans, le Ministre de la France d'Outre-mer, ou les autorités auxquelles il délègue ses pouvoirs, est investi des pouvoirs nécessaires pour orienter et coordonner les activités privées, ainsi que pour suppléer, le cas échéant, à leur défaillance, dans toute la mesure qu'exigera l'accomplissement des programmes. Il pourra notamment, en ce qui concerne les activités essentielles à l'exécution des plans ou à la vie économique et sociale des territoires en cause :

1° Créer, pour un ou plusieurs territoires, des sociétés d'Etat qui fonctionneront avec les méthodes et la souplesse des entreprises commerciales et industrielles privées et qui ne seront soumises qu'au contrôle a posteriori de l'inspection des colonies et de commissaires aux comptes, membres de l'ordre national des experts comptables, nommés par le Ministre des finances ;

2° Provoquer ou autoriser la formation de sociétés d'économie mixte dans lesquelles l'Etat, les collectivités publiques d'Outre-mer ou les établissements publics des dits territoires auront une participation majoritaire ;

3° Soumettre à autorisation préalable la création ou l'extension des entreprises dont l'activité intéresse directement ou indirectement l'exécution des plans ;

4° Soumettre au contrôle de la puissance publique la gestion des mêmes entreprises ;

5° Fédérer l'activité des organismes publics ou privés précités, dans un ou plusieurs territoires, au sein des conseils qui auront pour attribution d'établir l'équilibre nécessaire entre les besoins de l'homme, le développement, l'utilisation et la préservation des ressources naturelles.

ART. 3. Le financement de ces plans est assuré par un fonds d'investissements pour le développement économique et social des territoires d'Outre-mer (F.I.D.E.S.) qui sera alimenté en recettes :

a. Par une dotation de la Métropole, qui sera fixée chaque année par la loi de finances ;

b. Par des contributions des territoires intéressés constitués par les ressources permanentes ou extraordinaires provenant soit des impôts et taxes locaux, soit des fonds de réserve ou de toute autre source de revenus, soit enfin d'avances à long terme que ces territoires pourront demander à la Caisse Centrale de la France d'Outre-mer dans la limite des sommes nécessaires à l'exécution des programmes approuvés.

Les contributions précitées des territoires seront votées par les assemblées locales. Elles ne pourront être employées à l'exécution de programmes autres que ceux qui concernent le territoire qui les accorde, sauf dérogation exceptionnelle consentie par l'assemblée locale du dit territoire.

ART. 4. La Caisse Centrale de la France d'Outre-mer est autorisée par la présente loi :

A accorder les avances précitées au taux d'intérêt de 1 0/0 l'an et avec des délais de remboursement suffisants pour ne pas gêner l'exécution des programmes ;

A constituer directement la part revenant à la puissance publique dans le capital des entreprises prévues aux alinéas 1° et 2° de l'article 2 ci-dessus, ou à fournir aux collectivités ou établissements publics, sous forme d'avances, les moyens de le faire ;

A assurer ou garantir aux collectivités ou aux entreprises concourant à l'exécution des programmes, directement ou par l'intermédiaire d'établissements publics, toutes opérations financières autorisées par la loi et destinées à faciliter cette exécution.

Les conditions auxquelles s'effectueront les diverses opérations précitées seront déterminées par décrets, en forme de règlement d'administration publique, rendus sur le rapport des Ministres de la France d'Outre-mer et des Finances. Les mêmes décrets modifieront, si besoin est, les statuts de la Caisse Centrale de la France d'Outre-mer.

Arrêté promulguant la loi du 30 avril 1946 créant le Fides.

JO de Madagascar du 29 juin 1946.

• ADM. 2K53

Mais la mise en œuvre du plan se heurte à des obstacles inhérents à la situation spécifique des Comores. En novembre 1950, une note sur l'exécution du plan Fides montre que tous les

Le FIDES dans les années 1950 et la réorganisation du service de Santé après 1970

TERRITOIRE DES COMORES

Année : 1954

Rapport à l'ONU

Chapitre III

Statistique "Finances"

Tableau N° 8 - F.I.D.E.S. - Section Locale

A - Opération s/FIDES par exercice

EXERCICES	Opérations autorisées par le Comité Directeur du F.I.D.E.S								Paiements effectués
	Autorisations d'Engagement				Crédits de Paiement				
	OUVERTES			Engagées	OUVERTS			Utilisés	
	Propres à l'exercice	Reportées de l'exercice précédent	Total		Propres à l'exercice	Reportés de l'exercice précédent	Total		
	En Millions de francs du Territoire								
1948-1949	88,7	-	88,7	2,9	73,8	-	73,8	-	2,9
1949-1950	170,6	85,8	256,4	74,4	131,1	70,8	201,9	-	16,1
1950-1951	64	182	246	146,5	12	185,8	197,8	-	77,4
1951-1952	392	99,5	491,5	239,8	236,4	120,4	356,8	-	140,9
1952-1953	190,3	251,6	442	288	303	215,8	519	-	334,2
1953-1954	203,6	153,7	357	245,4	301	184	485,8	-	282,3
1954-1955	95	111,6	206,6	145,7	136,5	203,2	340	-	105,6
TOTAL depuis origine. jusqu'au 31-12-54	1.204	/	/	1142	1194	/	/	-	958,4

Opérations du Fides, par exercice.

• ADM. 18W16

Deux plans de développement des Territoires d'Outre-mer se succèdent de 1948 à 1959. Les financements du Fides concernent surtout l'investissement dans les équipements lourds : voies de communication, infrastructures portuaires et aéroportuaires, bâtiments publics. Dès la première année (1948-1949), quatre secteurs sont privilégiés : les routes, la santé, l'enseignement, la production agricole. Ce financement est très important pour l'archipel des Comores puisqu'il rompt avec une longue période de sous-investissement.

Les sommes dépensées au titre du Fides représentent ainsi 80 % de la valeur des exportations du territoire en 1953. Cependant, la montée en charge est lente jusqu'en 1952, et révélatrice des difficultés de la mise en œuvre, car les paiements effectués ne correspondent qu'à une part encore faible des crédits ouverts.

Tableau N° 8 (suite) - F.I.D.E.S. - Section Locale

B - Situation du F.I.D.E.S. au 31 Décembre 1954 (depuis l'origine 1948) par nature de dépenses.

Intitulés des Dépenses	Opérations autorisées par le Com Dir FIDIES					Paiements effectués			
	Autorisat. d'engagem.	Crédits de paiement			TOTAL	Contribution de l'Etat	Contribution locale		TOTAL
		Contribution de l'Etat	Contr. locale						
			avances CCFOM	S/ressource propre			avances CCFOM	sur ressource propre	
			En Millions de Francs du Territoire						
-Dépenses de production									
Agriculture	149,1	73	73	-	146,1	52,1	52,1	-	104,3
Hydraulique	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Forêts	8,3	4,1	4,1	-	8,3	1,7	1,7	-	3,5
Elevage	0,5	0,2	0,2	-	0,5	0,2	0,2	-	0,5
Pêche	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Mines	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Industrie	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Electricité	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Total "Production"..	157,9	77,4	77,4	-	154,9	54,1	54,1	-	108,3
-Dépenses d'Infrastr.									
Chemins de fer	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Routes et ponts	152,3	76,1	76,1	-	152,3	71,3	71,3	-	142,6
Ports	122,2	61,1	61,1	-	122,2	35,4	35,4	-	70,9
Voies navigables	48,2	24,1	24,1	-	48,2	23,7	23,7	-	47,4
Aéronautique	338,5	167,7	167,7	-	335,5	133,6	133,6	-	267,3
Transmissions	40,5	20,2	20,2	-	40,5	11,1	11,1	-	22,3
Total "Infrastructure"	701,7	349,3	349,3	-	698,7	275,2	275,2	-	550,5
-Dépenses "Sociales"									
Santé	206,5	135,3	69,7	-	205	119,8	61,7	-	181,6
Enseignement	91	60	31	-	91	57,7	29,7	-	87,4
Formations professionnelles	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Habitat	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Travaux urbains & ruraux	41,5	22,5	13	-	38,5	16,9	8,6	-	25,5
Total "Sociales"	339	220,8	113,7	-	334,5	194,4	100,1	-	294,5
-Dépenses générales	5,1	1,7	3,3	-	5,1	1,8	3,3	-	5,1
TOTAL GENERAL.......	1.204	650	544	-	1.194	525,6	432,9	-	9[illegible]3,4

Opérations du Fides par nature de dépenses.

• ADM. 18W16

- 43 -

EQUIPEMENT SOCIAL

A.- SANTE.-

Chapitre 2019

Art. 1 - Lutte antipalustre et antitréponématoses.-

§ 1 Mohéli - Mayotte .... 4 Millions
2 Anjouan- Grande Comore .. 7,5 -
11,5 Millions.

Le programme de tranche prévoit la poursuite des campagnes antipalustres à Mohéli et Mayotte où des résultats extrêmement encourageants ont déjà été obtenus sur les premiers semestres de campagne, et à Anjouan où la première campagne a commencé il y a quelques mois après arrivée des approvisionnements Rappelons que l'index splénique est tombé en moyenne de 70 à 22 %.

A la Grande-Comore l'effort sera porté plutôt sur la lutte contre le pian, en même temps que dans les autres îles, une injection systématique de pénicilline à long retard permettra une éradiation complète de cette maladie.

La lutte contre les tréponématises doit s'avérer rentable financièrement et présente un intérêt social et même économique indéniable. En effet, les tréponématoses, extrêmement répandues, provoquent des charges croissantes pour le Territoire par les traitements curatifs longs et coûteux qu'elles nécessitent et la venue des malades dans les formations ne faisant que croître. Elles sont cause d'un moindre travail et de nombreuses misères.

Après les succès rencontrés dans sa lutte contre le paludisme grâce au FIDES et à la lutte contre la lèpre (sur les ressources locales) l'administration du Territoire doit s'attacher à résoudre ce troisième problème médico-social de l'Archipel. sans plus attendre.

Art. 2 - § 1 - Dispensaires - 6 Millions.-

Construction d'un dispensaire à Bandéli (Mayotte) et d'un autre à Chezani (Grande-Comore).

Les conditions .../

- 44 -

Les conditions d'insularité de l'Archipel et la faible étendue de chacune des îles font que l'intérêt de la mise sur pied d'une organisation de médecine mobile est discutable aux Comores. D'autant plus que le service de Santé du Territoire dispose d'un réseau déjà relativement dense d'infirmeries de brousse qui constituent la grande trame du quadrillage de formations secondaires dont l'implantation est bien préférable dans un pays musulman et très peu évolué où la médecine doit vaincre les superstitions, l'habitude des sorciers et des matrones, et en même temps tenir compte des interdits de la religion.

Le problème de la santé revêt donc dans l'Archipel un aspect psychologique extrêmement important. Il importe de faire pénétrer dans tous les villages des habitudes nouvelles d'hygiène et de soins et pour cela il faut de la présence et du temps. Le poste sanitaire de brousse avec l'infirmier comorien (dont le niveau de recrutement et de formation technique doit rapidement s'améliorer) avec les médicaments les plus courants et un minimum d'installations simples mais conformes aux règles d'hygiène de la médecine, constitue un relai nécessaire entre le village de brousse et l'hôpital, une base de prospection et de regroupement des malades qui doit mettre l'infirmier et le malade à une heure et demie de marche l'un de l'autre. Ceci est possible aux Comores où la population est bien groupée dans des villages qui atteignent souvent 3.000 habitants.

Après la création sur le FIDES du poste sanitaire de Mrémani à Anjouan, et, sur les ressources locales, des postes de Mamoutzou et M'sapéré à Mayotte, la poursuite du quadrillage doit être réalisée suivant les voeux exprimés à maintes reprises par l'Assemblée par la création de postes sanitaires à Chezani dans le Nord de la Grande-Comore, et à Bandéli dans le Sur de Mayotte.

Les bâtiments prévus comporteront, outre un logement pour l'infirmier et une citerne, une salle de consultation, une salle des malades à deux lits et une réserve à médicaments ainsi que des douches.

Extraits du programme de tranche Fides 1957-1958.

• *ADM. 18W9*

Ministre
de la Santé publique
MORONI

Direction
du service de Santé

Pharmacie territoriale
d'approvisionnement

École
d'auxiliaires médicaux

SERVICE DE SANTÉ DE BASE
ET DE LUTTE
CONTRE LES GRANDES ENDÉMIES

SSBGE

SECTEURS DU SSBGE

correspondant
aux circonscriptions médicales
et divisés en sous-secteurs

Éléments mobiles
- Agents et contrôleurs itinérants
- Équipes mobiles

HÔPITAUX PRINCIPAUX
À MORONI, HOMBO
ET DZAOUDZI

autonomes, dirigés
par un médecin-chef

CIRCONSCRIPTIONS
MÉDICALES

dirigées par un médecin-inspecteur
également médecin-chef
d'un secteur du SSBGE

GRANDE COMORE	ANJOUAN	MAYOTTE	MOHÉLI
3 sous-secteurs	2 sous-secteurs	2 sous-secteurs	1 sous-secteur

Organisation du service de Santé du territoire des Comores d'après l'arrêté du 18 décembre 1971.

JO des Comores du 16 janvier 1972.

• *ADM. 2K92*

Vœu des élus mahorais au Conseil général des Comores, le 20 août 1957.

• *ADM. 18W9*

N° 4 - VOEU émis par les Conseillers Généraux
M.M. MARCEL HENRY, SOUFFOU SABILI, ABDOURRAQUIB
& MADI SABILI.

Les Conseillers Généraux de Mayotte ont l'honneur de faire part à l'Assemblée de la nécessité de faire construire une maternité à Mamoutzou -Mayotte.

Ce centre qui est le chef-lieu de la Subdivision et séparé de Dzaoudzi où il existe une maternité, par un bras de mer, est placé à la tête de 20.000 (vingt mille) habitants, soit un chiffre dix fois supérieur à celui de l'agglomération de Dzaoudzi.

Les femmes qui veulent faire leur accouchement, obligées de se rendre à Dzaoudzi, rencontrent le plus souvent des obstacles sérieux pour la traversée (marée basse, absence d'embarcations, mauvaise mer, etc...)

C'est pourquoi il est demandé que cette réalisation soit prévue sur un prochain programme de travaux, soit au titre du FIDES, soit au titre du Budget Local.

-----

crédits de paiement n'ont pas été utilisés et impute cette situation au manque criant de personnel qualifié (comptables, techniciens), au problème de matériel, à l'irrégularité des liaisons maritimes et des livraisons, problèmes déjà bien connus...

Néanmoins, les différentes tranches du plan Fides, dont les projets sont discutés pour avis par l'Assemblée territoriale, permettent une amélioration des infrastructures, en particulier dans le domaine de la santé. Ainsi, pour la période 1948-1954, près d'un milliard de francs CFA sont ainsi attribués à des projets dans différents domaines (infrastructures, "production"...). Un cinquième de cette somme est consacré aux dépenses de santé.

Les conséquences de l'autonomie accrue

La loi du 9 mai 1946 accorde l'autonomie administrative et financière aux Comores et le décret du 25 octobre 1946 crée une assemblée délibérative appelée "Conseil général" qui doit être obligatoirement consultée dans de nombreux domaines, dont le budget.

La loi-cadre du 23 juin 1956 et le décret du 27 juillet 1957 constituent une nouvelle étape dans l'autonomie. Ce dernier prévoit la création d'un Conseil de gouvernement de 6 à 8 ministres, présidé par le chef du territoire, et l'extension des attributions de l'Assemblée territoriale. En effet, dans le domaine de la santé, elle peut prendre des délibérations portant réglementation territoriale dans les matières suivantes : hygiène publique, lutte contre les grandes endémies, protection de la santé publique et des aliénés ; sources thermales. L'arrêté du 14 août 1957 attribue à Saïd Tourqui la charge du service de Santé dans le Conseil de gouvernement dont le vice-président est Mohamed Ahmed.

Enfin, la loi du 22 décembre 1961, modifiée en 1968, instaure l'autonomie interne, étend les compétences du territoire et précise celles de l'État. L'Assemblée territoriale prend le nom de "Chambre des députés". Elle élit un président du Conseil qui nomme les ministres.

Dans les années 1950, la direction du service de Santé se trouve à Dzaoudzi. Il y a trois circonscriptions médicales (Mayotte, Grande Comore et Anjouan-Mohéli), trois centres médicaux principaux à Dzaoudzi, Mutsamudu et Moroni. Trois formations secondaires à Mitsamiouli (Grande Comore), Domoni (Anjouan) et Fomboni (Mohéli) et vingt dispensaires ruraux constituent les formations fixes.

Le personnel reste encore réduit : une dizaine de médecins dont une majorité de diplômés locaux, cinq sages-femmes. Mais le nombre d'infirmiers augmente constamment (ils sont

Composition du Conseil de gouvernement des Comores en 1971.

JO des Comores du 1[er] août 1971.

• *ADM. 2K91*

PRESIDENCE DU CONSEIL DE GOUVERNEMENT

ARRETE N° 71-571/PR/C
portant composition du Conseil de Gouvernement des Comores

Le Président du Conseil de Gouvernement,

Vu la loi n° 68-4 du 3 janvier 1968 modifiant et complétant la loi n° 61-1412 du 22 décembre 1961 relative à l'organisation des Comores,

Vu l'investiture accordée le 28 juin 1971 par la Chambre des députés des Comores au Prince Saïd Ibrahim, en qualité de Président du Conseil de Gouvernement,

Vu l'arrêté n° 70-298/PR/C du 20 avril 1970 rendant exécutoire l'acte n° 07-CHD du 31 mars 1970 relatif à la vacance de la Présidence du Gouvernement,

Arrête :

Article premier. — Le Conseil de Gouvernement est composé comme suit :

Président du Conseil de Gouvernement, Ministre de l'Intérieur : Prince Saïd Ibrahim;
Ministre de la Santé : M. Martial Henry;
Ministre des Affaires économiques : M. Omar Tamou;
Ministre des Finances : M. Mikidache A.-R.;
Ministre de l'Equipement : M. Ali Soilihi;
Ministre du Développement rural : M. Mohamed Hassanaly;
Ministre de la Fonction publique et du Travail : M. Ahmed Abdou;
Ministre de l'Enseignement : M. Ali Mroudjae;
Ministre de l'Environnement, des Affaires culturelles, de la Jeunesse et des Sports : M. Abderemane Sidi.

Art. 2. — En cas d'absence momentanée ou d'empêchement provisoire du Président du Conseil de Gouvernement, M. Martial Henry, Ministre de la Santé, sera chargé d'assurer l'intérim.

Art. 3. — Le présent arrêté, qui abroge toutes dispositions antérieures, notamment l'arrêté n° 54-PR/C du 20 janvier 1971, sera enregistré, publié au *Journal officiel* des Comores et communiqué partout où besoin sera.

Moroni, le 8 juillet 1971.

SAID IBRAHIM.

une quarantaine, diplômés locaux, en 1956). Progressivement, un vivier de cadres médicaux et paramédicaux d'origine locale se constitue. Au début des années 1950, ce sont encore des personnels diplômés locaux de Madagascar qui sont mis à la disposition du Territoire des Comores pour une durée de trois ans. Il est mentionné dans un rapport de 1956 que le recrutement local de sages-femmes reste encore très difficile *« par suite de l'éducation religieuse traditionnelle. »*

Quatre arrêtés en date du 8 juillet 1960 créent un cadre territorial des médecins et pharmaciens diplômés d'État, des médecins et pharmaciens diplômés de l'école de Tananarive, des sages-femmes et des infirmier(e)s. Les premiers appartiennent à la catégorie A de la hiérarchie des cadres territoriaux, les seconds, appartenant à la catégorie B. Les sages-femmes sont soit recrutées sur titre (élèves de l'école de Tananarive), soit sur concours (élèves de l'école de Moroni).

À la fin des années soixante, le système de santé est réorganisé avec la création d'un Service de santé de base et de lutte contre les grandes endémies (SSBGE) composé d'éléments mobiles (médecins et agents itinérants ; une équipe mobile pour chaque secteur chargée de la vaccination, des visites périodiques, du traitement des maladies endémo-épidémiques…) qui effectuent des tournées dans les zones rurales. C'est la mise en place, longtemps souhaitée, d'un véritable service de médecine mobile.

Les progrès de la politique sanitaire après la Seconde Guerre mondiale



Logement du médecin-chef, en 1952, à l'hôpital de Dzaoudzi.

• *ANOM. 30Fi97/28*

Alors que l'archipel obtient l'autonomie en 1946, le retard dans le domaine sanitaire s'explique par l'absence d'éducation à la santé, des infrastructures encore rudimentaires, un faible niveau de vie et un manque de personnel. Mais la politique sanitaire qui se met en place bénéficie, à partir de cette époque, des avancées de la période précédente tandis que les progrès de la recherche conduisent à l'utilisation de nouveaux produits et traitements à partir des années cinquante. Ils sont le fruit de découvertes récentes tant pour le traitement des maladies (antibiotiques) que pour la lutte contre les vecteurs. Des insecticides à action persistante (DDT et Lindane) commencent à être utilisés (les propriétés insecticides du DDT ont été découvertes, en 1939, par Paul Hermann Müller).

L'OMS joue un rôle important dans la coordination des plans de lutte contre les endémies, le conseil technique, l'adoption de nomenclatures internationales. Les conférences internationales tenues sous l'égide de cette organisation, comme celle d'Enugu (Nigeria) en 1955 concernant la lutte antipianique, permettent de préconiser des méthodes d'action communes contre certaines maladies. Le Territoire des Comores ainsi doté de moyens supplémentaires, les réalisations portent, en particulier, sur les infrastructures hospitalières et les dispensaires. Deux nouveaux ensembles hospitaliers voient le jour en 1955 à Moroni et à Hombo (Anjouan) dont l'ancien bâtiment avait été gravement endommagé lors du cyclone de 1951. Des travaux de réhabilitation sont entrepris dans les hôpitaux de Dzaoudzi et de Mohéli. Des dispensaires sont construits ou remis en état.

Arrêté du 10 décembre 1951 sur la prophylaxie de la lèpre aux Comores.

JO de Madagascar du 22 décembre 1951.

• ADM. 2K58ter

L OFFICIEL DE MADAGASCAR ET DEPENDANCES. 2401

SANTE ET ASSISTANCE MEDICALE.

TERRITOIRE DES COMORES.

ARRETE N° 51-256 portant réorganisation du service de prophylaxie de la lèpre aux Comores.

L'administrateur supérieur du territoire des Comores, chevalier de la Légion d'honneur,

Vu la loi du 9 mai 1946 tendant à accorder l'autonomie administrative et financière à l'archipel des Comores;

Vu le décret du 24 septembre 1946 portant réorganisation administrative de l'archipel des Comores;

Vu le décret du 2 mars 1904, modifié par les décrets des 21 juillet 1910, 10 janvier 1929 et 6 septembre 1933, portant organisation du service de l'assistance médicale et de l'hygiène publique indigène à Madagascar;

Vu le décret du 10 août 1926 portant règlementation de la police sanitaire générale à Madagascar et Dépendances et le décret du 7 septembre 1927 qui l'a modifié en son article 15;

Vu l'arrêté du 23 février 1911 fixant les conditions d'internement dans les léproseries indigènes de Madagascar;

Vu l'arrêté du 15 novembre 1927 portant règlement des mesures de police sanitaire générale dans la colonie de Madagascar et Dépendances, ensemble les textes subséquents qui l'ont modifié;

Vu la décision du 13 mars 1931 fixant le taux et le mode de paiement de l'indemnité journalière allouée aux indigènes se déplaçant de poste en poste sur mandat de justice pour raison d'ordre médical ou en qualité d'indigent;

Vu l'arrêté du 13 avril 1935 portant organisation d'un service de prophylaxie de la lèpre dans la colonie de Madagascar et Dépendances, ainsi que l'instruction du 24 mai 1935 pour l'application dudit arrêté et les textes subséquents qui l'ont modifié;

Vu l'arrêté n° 50-88 du 21 mars 1950 organisant le service de santé aux Comores;

Sur la proposition du chef du service de santé du Territoire,

Arrête :

Art. 1er. Le chef du service de santé du territoire à Dzaoudzi est chargé du service de prophylaxie de la lèpre ayant pour but de procéder dans tout le territoire des Comores au dépistage progressif des lépreux et de mettre en œuvre tous moyens propres à améliorer l'état de ces malades ainsi qu'à assurer la protection de la population indemne.

Il centralise toute la documentation relative à la lèpre et tient à jour le dossier central de la lèpre pour les Comores.

Il doit enfin se tenir en relation avec le service de prophylaxie de la lèpre à Tananarive.

TITRE PREMIER.

DÉPISTAGE DE LA LÈPRE.

Art. 2. Les médecins, sages-femmes, infirmiers ont le devoir, à l'occasion de tout acte professionnel, de rechercher systématiquement les malades atteints de la lèpre.

Art. 3. Le dépistage et le traitement des malades atteints de lèpre sont effectués soit dans les formations spécialisées pour recevoir ces malades, soit dans les formations du service général de l'A.M.I. réalisant les conditions indispensables pour l'établissement du diagnostic et pour les soins et mesures de prophylaxie nécessaires.

Le traitement doit toujours être contrôlé par le médecin inspecteur de la circonscription médicale.

C'est également ce dernier qui contrôle toutes les opérations médicales du dépistage, établit les fiches médicales et administratives, en assure l'expédition et tient à jour le dossier de l'endémie lépreuse de sa circonscription.

Art. 4. Les médecins inspecteurs et les infirmiers les accompagnant doivent obligatoirement, au cours de leurs tournées, effectuer la recherche systématique des malades atteints de la lèpre, celle des contacts et recueillir tous les renseignements nécessaires à leur sujet.

La liste des malades et des contacts dépistés doit être dressée aussitôt; toutes les pièces médicales et les frottis seront centralisés au chef-lieu de la circonscription médicale.

En même temps, le médecin inspecteur adressera à l'autorité administrative la plus proche, afin que toutes dispositions soient prises pour diriger, sur le chef-lieu de la circonscription médicale, les mades reconnus atteints ou suspects de lèpre.

Art. 5. Tout examen d'un malade suspect de lèpre doit donner lieu à la rédaction d'une observation médicale complète.

Le malade demeurera hospitalisé à cet effet, le temps nécessaire.

Tout examen de malade s'accompagne également d'une enquête épidémiologique au cours de laquelle les contacts seront examinés et les frottis nécessaires effectués.

Art. 6. Tout malade ou suspect signalé au médecin inspecteur de la circonscription médicale et hospitalisé pour examen, est inscrit sur un répertoire spécial dit «répertoire de dépistage» où sont notés les renseignements résumés de l'observation médicale ainsi que les résultats des examens effectués. Sont portés également sur le répertoire la liste des contacts concernant le malade ainsi que les résultats des examens pratiqués sur eux.

Art. 7. Tout malade ou suspect inscrit sur le répertoire de dépistage peut être :

Ou reconnu indemne de lèpre;

Ou reconnu atteint de lèpre;

Ou demeuré suspect de lèpre.

La lutte contre les grandes endémies devient plus systématique. Dès le début des années 1950, un effort de dépistage et de recensement des lépreux est entrepris tandis que le traitement de la maladie connaît une véritable révolution avec les sulfones. L'arrêté du 10 décembre 1951 portant réorganisation du service de prophylaxie de la lèpre aux Comores précise les mesures à prendre. Elles sont souvent contraignantes et les populations encore réticentes à s'exécuter comme le montre le rapport d'une tournée effectuée en 1954 à Anjouan.

Des enquêtes épidémiologiques pour lutter contre les endémies

À cette époque, deux centres de ségrégation des lépreux fonctionnent encore, sur l'îlot M'Bouzi et dans le village d'Iconi en Grande Comore, puis un seul, à M'Bouzi, pour tout l'archipel. À la fin d'année 1954, il restait 35 lépreux. Les derniers quittent l'îlot en novembre 1955 mais ils restent sous surveillance sanitaire et suivent un traitement. En 1956, le chef du service de Santé du territoire, le médecin-commandant Escolivet peut écrire : *« En dehors de l'intérêt économique et humain de la réadoption par leur société de ces malades, il est un autre fait qui milite en faveur de la suppression surveillée et rationnelle des léproseries : c'est la bonne volonté avec laquelle les malades nouveaux se présentent maintenant au médecin et acceptent la longue hospitalisation que nécessite leur négativation. »* [41] Fin 1954, 263 lépreux sont recensés et suivis. Ils sont 309 en 1956.

Pour aller plus loin

La situation sanitaire à Mayotte et à Anjouan après la Seconde Guerre mondiale

• ANOM. 2D76

Un état des lieux à Mayotte d'après le rapport politique de 1947

L'ASSISTANCE MÉDICALE INDIGÈNE

Le problème essentiel demeure la lutte contre le paludisme et les maladies vénériennes. Le paludisme reste sans conteste l'affection la plus dangereuse et la plus répandue, elle est la principale cause de mortalité infantile. S'agissant des maladies vénériennes, de la syphilis notamment, elle est le plus souvent congénitale, les cas primaires sont rares, aussi est-il difficile pour cette raison d'amener les individus à se faire soigner. L'activité de l'assistance médicale indigène est double : d'une part elle poursuit avec dévouement l'éducation sanitaire des populations, d'autre part elle assure le traitement des malades qui viennent se faire soigner dans les formations hospitalières de la subdivision ou qu'elle a dépistés. La poursuite d'une politique coordonnée dans le domaine de la Santé publique suppose en premier lieu l'amélioration des conditions d'hygiène existantes. L'habitat est insalubre, le manque d'air ajoute au caractère malsain de l'habitation. Il importerait également de rationaliser l'alimentation. En effet, pendant six mois de l'année les populations connaissent une période de relative abondance ; par contre, durant les autres six mois, elles demeurent nettement sous-alimentées. Seule la création de silos permettrait de pallier ces inconvénients. Enfin, c'est surtout en ce qui concerne l'alimentation en eau que le problème se pose avec une particulière acuité ; les puits et les sources sont insuffisamment protégés contre la chute des débris végétaux et des ordures, puits sans margelles, eau de source puisée dans les creux au long des ruisseaux permanents. L'inscription au budget d'un modeste crédit de 20 000 francs permettra en [1948 ?] de procéder aux premiers et indispensables aménagements. Il existe encore trop de mares, trop de puits abandonnés et non recouverts, véritables réservoirs de larves, les bassins des mosquées même doivent être soigneusement visités. Le service antipalustre déploie une grande mais insuffisante activité, faute de moyens (manque de pulvérisateurs de grande capacité).

LA LUTTE CONTRE CERTAINS PRÉJUGÉS

• La population comorienne répugne aux soins prodigués par les infirmiers malgaches. À la maternité par exemple, les futures mamans ne se présentent qu'avec une certaine difficulté. D'autre part, il existe une croyance assez fortement répandue selon laquelle il est quelquefois dangereux de se faire soigner par les Malgaches, experts en poison.

Pour faire œuvre de réalisme, s'il importe de combattre ces préjugés, il convient toutefois de favoriser au maximum la formation de personnel proprement comorien.

• Certains remèdes sont acceptés volontiers et même recherchés avec faveur [...]. Par contre, d'autres utiles au même titre sont tenus pour suspects et délaissés.

• La médication des sorciers : il existe à Mayotte une quarantaine de sorciers-guérisseurs localement célèbres. Quel que soit le contrôle qui puisse être exercé, il semble difficile d'amener, sinon insensiblement, les populations à s'abstenir de leurs soins. Les "foundis" qui sont tous connus de la subdivision ont été avertis qu'ils pourraient être traduits devant les tribunaux pour exercice illégal de la médecine. Le danger qu'ils représentent est considérable, si l'on veut songer qu'un ulcère phagédénique est soigné par l'application à même la plaie d'un emplâtre fait de boue, de paille de citronnelle et de bouse de vache.

• Dans le traitement par piqûres de la syphilis, les malades s'arrêtent de venir aux soins (troisième ou quatrième injection) dès que la douleur cesse ; dans le traitement du paludisme, la quinacrine est, si l'on n'y veille, mise très rapidement de côté et retrouvée longtemps après au fond de quelque coffre.

• Les lépreux ne sont pas considérés comme dangereux. De ce fait, il est assez difficile de les dépister car les habitants des villages les cachent assez facilement. Dans ce domaine encore, il ne s'agit que d'éducation. Rien ne l'indique mieux que l'étonnement et la crainte des notables amenés un jour à l'île des lépreux de Bouzi, quand ils ont pris conscience, devant tous ces malheureux rassemblés, des ravages que pouvait exercer cette maladie.

C'est principalement sur la puériculture que doivent porter les principales améliorations. Il existe dans presque tous les villages des matrones qui procèdent aux accouchements et, dans bien des cas, estropient les enfants. L'une d'elles qui a servi à Barakani, a laissé sa marque sur le ventre des enfants de ce village qui présentent tous un ombilic monstrueusement difforme. De nombreux Kabarys sont faits en toutes les occasions aux notables et aux habitants pour leur demander d'amener à la visite médicale les enfants porteurs des plaies infectées par les chiques. Il n'est pas rare en effet que ces derniers exposent dès le plus jeune âge, des membres estropiés ou amputés. Enfin, si l'on veut efficacement lutter contre la propagation des maladies vénériennes, il serait indispensable quoique malaisé, que le cadi exige avant tout mariage, un certificat sanitaire des deux futurs époux ; de même pour éviter l'extrême licence des mœurs qui favorise la propagation de ces maladies, il importerait de renforcer les lois sur l'adultère et la stricte obligation du mariage devant le cadi.[...] La difficulté des communications demeure l'obstacle majeur apporté à la régularité des soins et au traitement rationnel des affections. Un crédit de 146 000,00 F avait été mis à la disposition de la subdivision pour la construction, en 1947, de deux dispensaires, l'un à Sada, l'autre à M'Zamboro. Celui de Sada a été construit, il ne reste plus qu'à poser la charpente, déjà à pied d'œuvre. A M'Zambourou, où l'on construisait une école et le logement de l'instituteur, la construction n'a pu être qu'ébauchée. Elle se poursuivra en 1948. En raison de l'aide importante qu'ont assurées les populations, le crédit de 146 000,00 F permettra d'achever le dispensaire de M'Zamboro et de construire, dans le Sud, un hôpital à Kanikely. Ce bâtiment de 21 mètres sur 14 comportera une salle de pansements, le logement de l'infirmier et deux pièces réservées à l'hospitalisation des malades.

Une tournée médicale à Anjouan en 1954

Rapport de la tournée effectuée les 17 et 18 mai 1954 dans le canton d'Ouani à Anjouan (trajet entre Jimilimé, Moiou et Hareimbo).

• ADM. 18W16

« *Cette tournée d'information était doublée d'une tournée du médecin inspecteur destinée à déterminer par des sondages le degré d'impaludation des villages traversés. À ce propos, bien que les chefs aient été prévenus par le chef de canton, bien que nous ayions pris la précaution de nous faire précéder dans chaque village par des émissaires, dans aucun nous n'avons trouvé la population infantile rassemblée comme nous l'avions demandé. Aucun des chefs n'a eu suffisamment d'autorité pour rassembler les enfants ; chaque fois il fallut aller les chercher un à un, les parents ne se décidant à les amener que lorsqu'ils eurent bien compris qu'il ne s'agissait pas de vaccination. Une telle carence des chefs est infiniment regrettable, en particulier à Jimilimé où il n'a même pas été possible de trouver les lépreux mentionnés par le docteur Garrouste lors de sa précédente tournée.*

« ***JIMILIMÉ*** *[…] L'état sanitaire de la population est très médiocre. Sur 100 enfants examinés, 70 ont une grosse rate. Plusieurs cas de pian sont décelés. Il n'est malheureusement pas possible de retrouver les lépreux que le chef de village prétend décédés. Certains habitants sont décidés à laisser le docteur pénétrer dans leurs cases pour déceler les malades, d'autres s'y refusent absolument. Le ton de la discussion monte assez rapidement. Finalement, la demande d'envoi d'un infirmier présentée au docteur se heurte à la condition d'amener les lépreux au dispensaire de Missiri. Le chef de village finit par s'y engager.*

« ***BONGASERA*** *Arrivée vers 18 heures. Comme précédemment les enfants ne sont pas réunis. Leur rassemblement peut toutefois s'effectuer assez rapidement grâce au chef de village. L'état sanitaire est bien meilleur qu'à Jimilimé, malgré un grand nombre d'otites. 20 % seulement des enfants sont atteints de spléno-mégalie. L'altitude, l'absence d'eau et de végétation peuvent expliquer cette moindre impaludation.*

« ***MOIOU*** *Là non plus le rassemblement des enfants n'est pas fait. L'état sanitaire est sensiblement le même qu'à Bongasera. Spléno-mégalie : 20 %, quelques brûlures et infections diverses, la population est dans l'ensemble robuste. Accueil cordial du chef, des notables et du "foundi Abdallah", le plus connu des sorciers d'Anjouan. C'est lui qui aurait fondé le village. Il prétend avoir 90 ans et avoir vécu avant l'arrivée des Européens. Son influence sur la population demeure grande. […]*

« ***HAREIMBO*** *Arrivée le 18 à 10 heures. Une fois de plus il faut aller chercher individuellement les enfants qui redoutent toujours une séance de vaccination. L'état sanitaire est moins bon qu'à Moiou. L'index splénique atteint 50 %. Quelques enfants sont nettement déficients. […]*

« ***ONGONI*** *Arrivée à 16 heures. État sanitaire comparable à celui de Hareimbo. […] Une seule question semble vraiment les préoccuper : celle de leur eau de boisson. La rivière qui dessert le village est la Tatinga. Pendant la campagne du sisal, ses eaux se chargent de débris de sisal qui causent divers troubles intestinaux. L'échantillon qu'ils présentent est effectivement très souillé. Ils demandent d'intervenir auprès du directeur de Dziani pour qu'une solution soit apportée à ce problème. Ils avaient récemment adressé la même demande au député et au conseiller de l'Union française, apparemment sans résultat. […]*

Une campagne de lutte contre le paludisme est décidée en 1953. Elle concerne d'abord Mohéli et Mayotte et elle est précédée d'une enquête exhaustive en 1954 qui montre l'importance de l'infestation. 94 villages sont visités dans les deux îles. La population infantile (0 à 12 ans) est recensée et palpée pour établir les indices spléniques qui sont particulièrement élevés (plus de 70 %). La campagne proprement dite débute en juillet 1954 et consiste à distribuer des médicaments antipaludéens aux enfants, à désinsectiser chaque semestre les cases et les greniers par des pulvérisations de DDT et à informer la population. Les résultats sont encourageants (régression des gîtes larvaires, baisse de l'indice splénique) et la même opération débute à Anjouan en juin 1956.

	NOMBRE de CAS		HOSPITALISÉS		DÉCÈS	
	1954	1955	1954	1955	1954	1955
Paludisme	19 093	18 183	109	143	3	-
Pneumonie, bronchite, pleurésie et autres maladies de l'appareil respiratoire	11 874	12 898	147	232	6	5
Syphilis	10 323	9 378	113	189	-	-
Autres maladies de la peau et des tissus	8 746	6 891	81	99	1	-
Pian	8 215	9 057	25	29	-	-
Ulcère tropical	7 078	8 372	63	123	2	-
Maladies de l'œil	5 772	9 241	11	18	-	-
Maladies du système nerveux périphérique	5 753	1 075	11	15	1	-
Gale	4 905	5 992	6	11	-	-
Ankylostomiase, autres helminthiases	4 853	5 228	5	17	-	-
Maladies de la cavité buccale	4 771	5 737	23	29	-	-
Maladies de l'intestin et du péritoine	4 455	5 104	13	29	1	3
Maladies des os	3 906	2 242	6	15	-	-
Infection gonococcique	3 307	2 978	61	73	-	-
Maladies de l'oreille	3 257	4 973	7	10	-	-
Autres	17 993	22 046	743	867	39	23
TOTAL	124 301	129 395	1 424	1 899	53	31

Territoire des Comores : principales maladies traitées dans les formations sanitaires en 1954 et 1955.

• ADM. 18W16

La lutte contre la filariose est une autre priorité des autorités sanitaires. Une enquête, réalisée en 1955 par l'Institut Pasteur à Mayotte et à Mohéli dans 18 villages, montre respectivement une infestation de 37 % et de 44 %. Ces prélèvements sont nocturnes car c'est la nuit que les microfilaires migrent dans le sang périphérique où ils peuvent être absorbés par un moustique qui sert alors de vecteur. Il faut noter qu'à cette époque, à l'hôpital de Dzaoudzi, près d'une intervention chirurgicale sur cinq est liée à une infection d'origine filarienne.

Dans les années suivantes, les tréponématoses (pian, syphilis) et la tuberculose deviennent une priorité du service de Santé. Un centre radiologique de dépistage fonctionne en 1952 à Dzaoudzi, un autre est installé en Grande Comore



Un poste médical dans les années 1950.

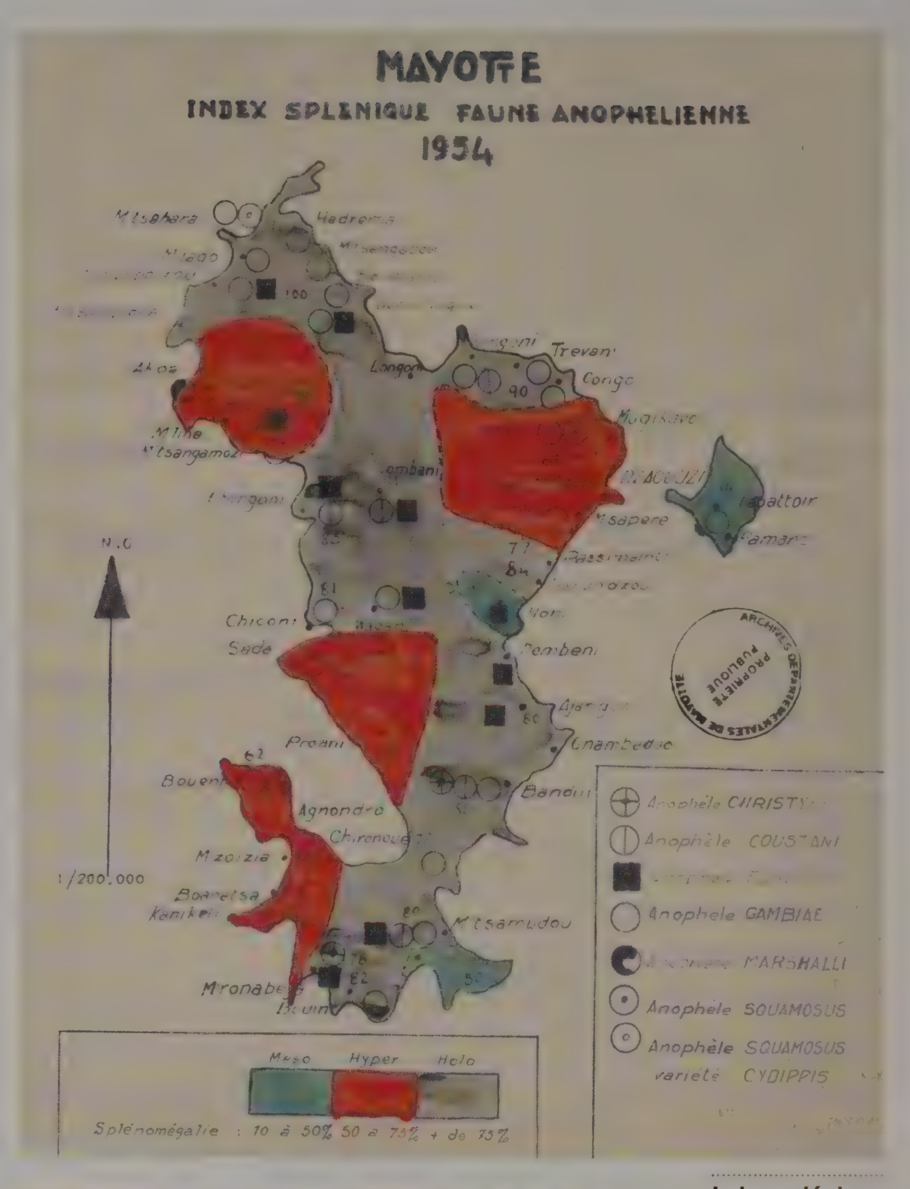
• *ANOM. 30Fi97/29*

en 1953. Les premiers essais thérapeutiques avec la streptomycine sont mis en œuvre.

Les autorités devant faire face à un retard important de l'archipel, les moyens financiers ont d'abord été consacrés à la construction d'infrastructures de base en même temps que se mettaient en place des plans de lutte contre les grandes endémies. Au milieu des années 1950, les statistiques sur les maladies traitées dans les formations sanitaires de l'archipel montrent qu'un long chemin reste encore à faire pour obtenir une amélioration notable de la situation.

La protection maternelle et infantile se met très lentement en place avec des consultations pré et post-natales mais le nombre d'accouchements dans les formations sanitaires est encore peu élevé : 281 en 1953 pour plus de 3 000 naissances estimées par an.

Concernant Mayotte, le contentieux croissant avec le reste des Comores depuis la fin des années 1950, après la décision de déplacer la capitale de l'archipel à Moroni, a pu contribuer à marginaliser l'île sur le plan de la politique sanitaire dans les années 1960, si l'on en juge par la situation alarmante, en terme d'infrastructure et de personnel, constatée en 1976 par l'administration française.



Index splénique à Mayotte en 1954.

• ADM. 18W16

Index splénique à Mayotte en 1956.

• ADM. 18W16

5 La situation à Mayotte depuis le milieu des années 1970

Dans un rapport de mai 1976, alors que Mayotte se trouve dans une situation de transition politique et administrative après la proclamation de l'indépendance des Comores en 1975, l'Inspection générale des Affaires sociales dresse un tableau préoccupant de la situation de l'île dont la population est estimée à environ 38 000 habitants.



Un dispensaire rural dans les années 1980 (le mont Choungui en arrière-plan).

• ADM. 12Fi13

I- Un état des lieux préoccupant en 1976

L'ENQUÊTE réalisée montre une eau de bien piètre qualité. Les militaires consomment une *« eau bactériologique polluée, impropre à la consommation. »* [42] Pour la population civile, quatre réseaux de distribution publique existent à cette époque, ils ne comportent que des bornes-fontaines. Les particuliers ont aussi recours à des citernes *« ni nettoyées, ni entretenues »* [43] et à des puits. Un réseau de distribution existe sur l'îlot de Pamandzi et trois autres sur la Grande Terre alimentés par des captages effectués sur les rivières. Les agglomérations de Chiconi, Sada, Mamoudzou, M'tsapéré et Passamainty sont ainsi approvisionnées. Le réseau desservant ces trois dernières est cependant *« insuffisamment alimenté, de sorte que la distribution ne peut être assurée qu'alternativement dans chaque localité. L'hôpital de Mamutsu [Mamoudzou] n'a ainsi de l'eau qu'un jour sur trois ou deux jours sur cinq. »* [44]

Quant à l'assainissement, il est inexistant : *« À Chiconi, le ruisseau qui partage le village constitue un véritable égout à ciel ouvert. Les déchets s'accumulent en bas de la pente, devant le centre de soins. »* [45]

Des infrastructures insuffisantes

Il existe 2 hôpitaux (Dzaoudzi et Mamoudzou) et 12 centres de soins. L'hôpital de Dzaoudzi dispose de 43 lits : *« L'ensemble avait été récemment repeint à quelques exceptions près. Les locaux sont propres mais très pau-*

Campagne antipaludique, en 1977.

• ADM. 3K4

59

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE - MAYOTTE

REPRESENTATION DU GOUVERNEMENT

ARRETE N° 96 /RG/SG

Le Préfet, Représentant du Gouvernement à Mayotte;
Chevalier de la Légion d'Honneur

Vu la loi 76-1212 du 24 Décembre 1976 relative à l'organisation de Mayotte;

Vu le décret du 27 Janvier 1977 de Monsieur le Président de la République nommant Monsieur Jean COUSSIROU, Préfet, Représentant du Gouvernement à Mayotte;

Vu la nécessité de mener à Mayotte une campagne antipaludique.

Sur proposition du Directeur de l'Action Sanitaire et Sociale.

A R R E T E

Article 1er.- La campagne antipaludique organisée par la Direction de l'Action Sanitaire et Sociale et la Direction des Hopitaux de Mayotte, est déclarée d'utilité publique sur l'ensemble de l'île.

Article 2 .- Chaque habitant de Mayotte est tenu d'apporter son concours à cette campagne en accordant toute facilité aux équipes de lutte antipaludique notamment en permettant l'accès des locaux et habitation dont ils ont la responsabilité.

Article 3.- Le Secrétaire Général de Mayotte, le Directeur de l'Action Sanitaire et Sociale, le Directeur des Hopitaux, le Capitaine Commandant la Compagnie de la Gendarmerie sont chargés de l'application du présent arrêté qui prend effet au 1er Avril 1977 et sera enregistré, publié et communiqué partout où besoin sera.

DIFFUSION :

Président Conseil Régional....2
Chefs de villages..............68
Chefs de canton............... 5
Président du Tribunal........ 2
COMIL........................ 2
Capitaine Commandant Gendarmerie 2
Chefs de services............18
Affichage..................... 1
Chrono........................ 3

Fait à Dzaoudzi le 27/04/1977

Le Préfet

J. COUSSIROU

vrement meublés : châlits rongés par la rouille, matelas souillés et à limite d'usure, aucun autre mobilier. Cette pauvreté renforce l'impression de cave que donnent les salles. » [46]

L'hôpital de Mamoudzou a *« 47 lits théoriques mais très généralement 50 ou 52 lits installés. [...] En sous-sol du bâtiment et ouvrant directement sur l'extérieur grâce à la déclivité du terrain, une cave abrite 5 lépreux. La salle d'opération dispose d'un équipement élémentaire. Les interventions se font à la lumière du jour. Il ne semble pas y avoir d'accident d'aseptie. L'hôpital possède en outre un appareil de radioscopie utilisable le soir à partir de 18 heures, heure à laquelle le groupe électrogène se met en route. »* [47] Le rapport ajoute : *« Les hôpitaux manquent cruellement, comme tout le reste de l'île, d'ouvriers d'entretien, menuisiers, électriciens, mécaniciens et surtout plombiers. C'est le principal goulot d'étranglement à toute politique sanitaire. L'immigration de plombiers constitue la condition* sine qua non *de tout développement. »* [48]

Les douze centres de soins assurent à la population les soins infirmiers courants. Un autre est en construction à Sada tandis qu'un treizième, construit à mi-chemin entre deux villages pour remplacer chacun de leur centre de soins *« n'a pas été ouvert par suite de l'opposition des responsables de chaque village. »* [49] Cinq centres sont bâtis en dur mais *« l'entretien de ces bâtiments laisse à désirer. Les plus anciens portent des marques de dégradation importante. »* [50] Quant aux autres, ce sont des cases locales construites en bois et torchis : *« Le sol est en terre battue, les ouvertures très réduites, le mobilier d'une extrême pauvreté et rongé par la rouille. »* [51]

La réorganisation du service de Santé à Mayotte après 1976

Service de Santé
Dr Martial Henry

SERVICE DES SOINS

2 HÔPITAUX

Dzaoudzi - Mamoudzou

12 POSTES MÉDICAUX

- Petits soins
- Distribution des médicaments
- Détection et évacuation vers les hôpitaux des cas les plus graves

SERVICE DE SANTÉ DE BASE ET DES GRANDES ENDÉMIES

SSBGE

- Surveillance épidémiologique
- Dépistage
- Prophylaxie et traitement des maladies endémiques
- Contrôle des naissances et décès

MÉDECIN MOBILE DU SSBGE

VAT[1]

CONTRÔLEURS ITINÉRANTS

2

AGENTS ITINÉRANTS

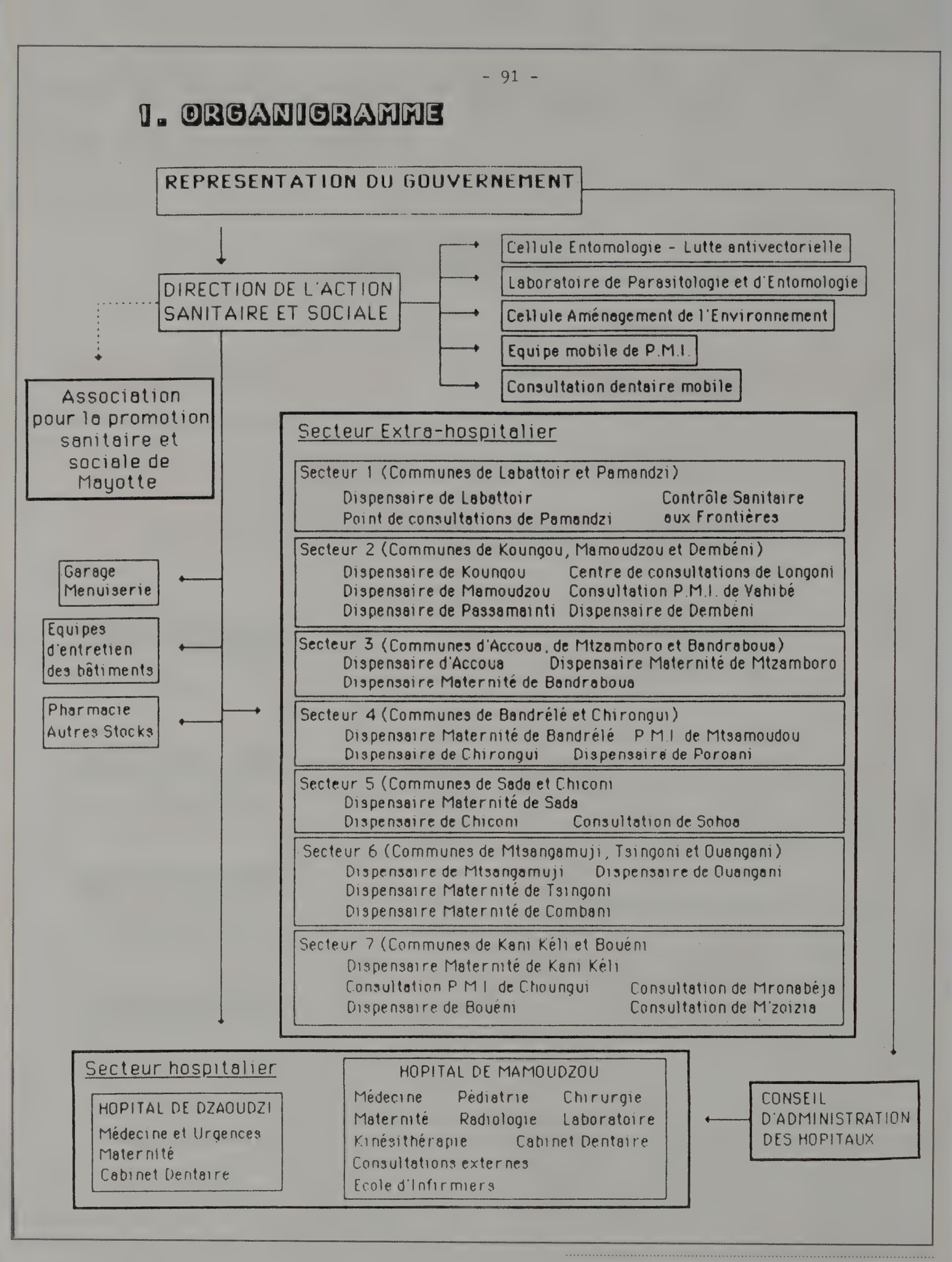
5

AGENTS DISTRIBUTEURS DE NIVAQUINE

L'organisation du service de Santé à Mayotte après la séparation des Comores.

• *ADM. 11W18*

[1] Volontaire de l'Assistance technique.



La nouvelle organisation dans les années 1980 après la création de la Dass.

• ADM. 17W9

À cette époque, il n'y a que quatre médecins en activité dont le docteur Martial Henry qui dirige le service de Santé. Les autres sont des militaires : un médecin de la compagnie de la Légion étrangère et deux volontaires de l'assistance technique (VAT). Il y a en outre 3 sages-femmes dont une auxiliaire. Le personnel paramédical compte un effectif de 53 personnes (hôpital de Dzaoudzi, 18 ; hôpital de Mamoudzou, 23 ; Postes médicaux, 12).

Le rapport constate enfin que le fonctionnement du SSBGE, qui avait été créé pour *« assurer la surveillance épidémiologique, le dépistage, la prophylaxie et le traitement des maladies endémiques »* [52] ne remplit plus le rôle imparti à l'origine.

La persistance des endémies

La lutte contre le paludisme marque le pas. La dernière campagne systématique intradomiciliaire remonte à novembre 1960 ! Si les distributions systématiques de chloroquine [(1)] se sont poursuivies jusqu'à la fin 1975, l'épuisement des stocks en janvier-février 1976 a mis un coup d'arrêt à la distribution par les agents itinérants. Le rapport rappelle que la chimioprophylaxie ne peut, à elle seule, combattre l'endémie et qu'il faut la compléter par une désinsectisation. Selon une enquête du SSBGE en 1972, l'indice plasmodique atteint 26 %.

La filariose pose, au début des années 1970, un grave problème de santé publique. Mayotte est, avec Mohéli, une des îles les plus touchées de l'archipel et elle est considérée *« comme l'un des foyers les plus importants au monde de filariose par rapport au nombre d'habitants. »* [53]

En 1971 (mars, mai, juillet), une enquête parasitologique est effectuée à Mayotte et porte sur trois villages (Chiconi, Bandrélé, Sada). L'enquête est exhaustive sur la population de Sada. Les auteurs expliquent : *« Pour effectuer un dépistage exhaustif des habitants du village de Sada nous avons dressé le plan du village et numéroté de 1 à 397 les maisons habitées. Nous avons ensuite recensé tous les habitants des maisons numérotées en notant en particulier le nombre, le sexe des adultes et des enfants, ainsi que la présence de porteurs de signes cliniques de filariose. Les familles ainsi inventoriées ont été invitées à se présenter au complet à une consultation nocturne qui comprenait prise de sang et examen clinique. Pour chaque famille, nous avons alors établi une fiche portant le numéro de son domicile, la date et l'heure du dépistage, le nom, le prénom, le sexe, l'âge, le lieu de naissance de chaque membre. Les observations cliniques du médecin et les résultats de la recherche des microfilaires étaient également portés sur cette fiche. »* [54]

Le taux d'infection (porteurs de microfilaires et signes cliniques sans parasites apparents) était de plus de 50 % à Sada. Dans ce village, près de 12 % des individus de sexe masculin présentaient des signes cliniques graves. À Bandrélé, le taux global était de 46,6 % ; à Chiconi, de 41,3 % pour les individus de sexe masculin et de 24 % pour les individus de sexe féminin. En 1968-1971, à l'hôpital de Dzaoudzi, sur 304 opérations effectuées, un tiers concernait des hydrocèles liées à la filariose.

La lèpre est encore très présente en ce début des années 1970 et elle le reste encore longtemps. 272 cas sont signalés au 1er janvier 1973 dont 12 nouveaux cas suivis par les agents itinérants du SSBGE. Pour la tuberculose, étant donné les difficultés de communication, aucun dépistage systématique n'est effectué à cette époque.

L'impression qui se dégage ainsi au milieu des années 1970, c'est celle d'un recul de l'action des services de santé, l'insuffisance du personnel qualifié et un vieillissement alarmant des infrastructures.

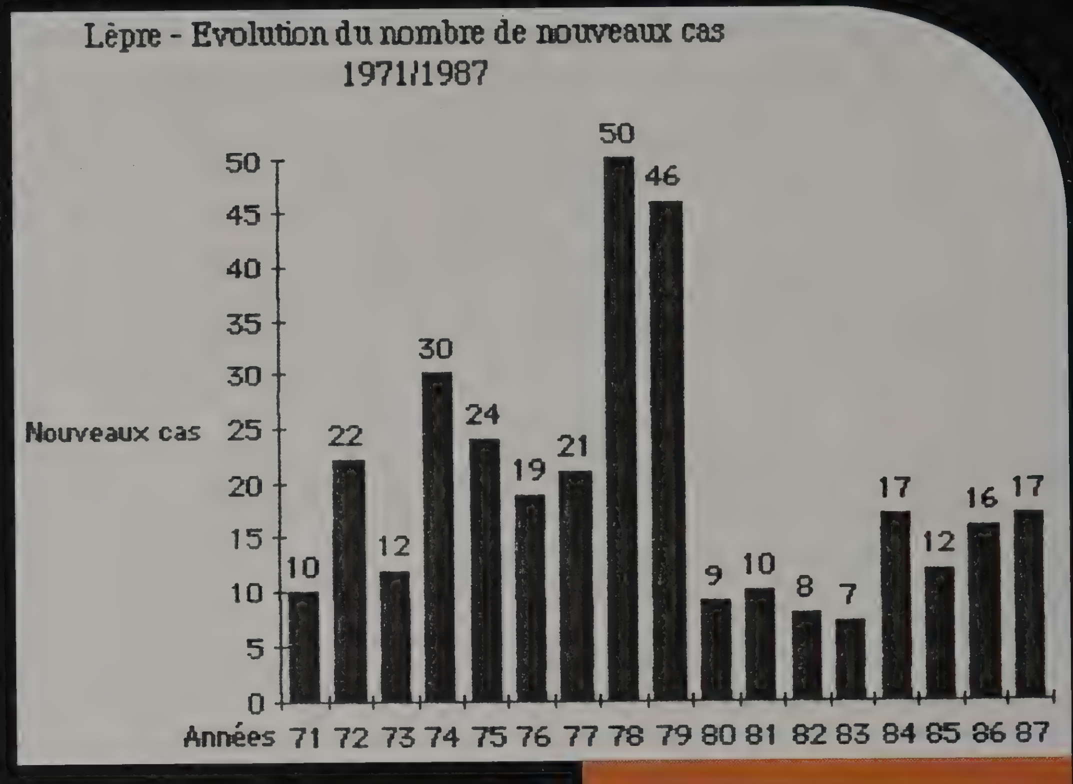
•••

(1) Antipaludéen de synthèse commercialisé en France sous le nom de Nivaquine à partir de 1949.

Les cas de lèpre, à Mayotte, de 1971 à 1987.

DASS, Bulletin épidémiologique, n° 19, février 1988.

• ADM. 46W3



II- Une action volontariste dès 1976

DANS LA PHASE de transition, la direction de la Santé a été confiée en 1976-1977 au docteur Martial Henry. En 1977, le service de Santé est réorganisé. Une Direction de l'action sanitaire et sociale (DASS) est créée ainsi qu'une direction des hôpitaux. Six secteurs sanitaires sont mis en place. Ils sont placés sous la responsabilité d'un médecin. Autour des dispensaires de secteur, on trouve un réseau de dispensaires permanents gérés par des infirmiers. Dans chaque secteur, consultations et soins ont lieu dans les formations fixes tandis que des équipes mobiles interviennent dans les villages.

Dans ce cadre nouveau, l'action des autorités va porter dans différentes directions :
- lutte contre le paludisme et la filariose ;
- organisation des secteurs médicaux ;
- amélioration de la dotation en personnel ;
- amélioration des infrastructures ;
- campagnes de vaccination.

La lutte antivectorielle qui avait débuté dans les années 1950 est poursuivie de manière active à partir de 1976. Le plan de campagne comprend des pulvérisations intra-domicilaires et la lutte anti-larvaire. Cette action est précédée d'une campagne de sensibilisation auprès de la population.

La chimioprophylaxie de masse contre le paludisme est entreprise dans les années 1980. La chloroquine est distribuée aux enfants de 0 à 12 ans. En ce qui concerne la filariose, on utilise en 1985 et 1986 la diéthylcarbamazine (Notézine). Les cas de paludisme diminuent fortement dans les années 1980 en dépit de la flambée épidémique de 1984 due au cyclone Kamisi. Les vaccinations reprennent à un rythme soutenu et concernent en priorité les enfants. Dans le cadre des nouveaux secteurs sanitaires, des tournées de médecins sont effectuées dès 1976 et à un rythme plus important ensuite.

•••

De la Collectivité au Département : l'évolution depuis les années 1990



L'hôpital de Dzaoudzi et la villa du médecin.
• ADM. 23Fi22

Mayotte a connu depuis vingt ans une évolution rapide sur le plan statutaire qui conduit, dans le domaine de la santé, à un alignement progressif sur le système métropolitain tout en maintenant certaines spécificités. Le gouvernement a procédé à ces adaptations par le biais des ordonnances qui introduisent progressivement les dispositions du Code de la Santé publique dans la collectivité.

Le secteur hospitalier a connu d'importantes mutations en terme de statut, de moyens en personnel et en infrastructures. L'ordonnance du 20 décembre 1996 a transformé l'hôpital, implanté sur deux sites, en un établissement public de santé disposant de l'autonomie administrative et financière et relevant de la compétence de l'État. Le Centre hospitalier de Mayotte (CHM) est au centre de l'organisation des soins dans l'île. Il emploie près de 2000 personnes La capacité en lits est de 298 en 2010. Il comprend :

- l'hôpital de Mamoudzou qui dispose d'un plateau technique ;
- 4 hôpitaux de références (Dzaoudzi, Chirongui, Kahani et Dzoumogné) ;
- 14 dispensaires.

Le budget du CHM n'a cessé de progresser depuis les années 2000 et des travaux importants ont permis l'extension de ses capacités. L'ordonnance du 12 juillet 2004 a instauré l'assurance maladie. Une contribution sociale a été introduite. Les soins gratuits ont été maintenus pour les affiliés mais pas pour les non affiliés. La couverture maladie universelle (CMU) et l'aide médicale d'État (AME) ne s'appliquent pas à Mayotte.

L'offre de soins reste cependant encore insuffisante. Selon une étude du Conseil national de l'Ordre des médecins, la densité médicale à Mayotte reste l'une des plus faibles de l'outre-mer français avec Wallis-et-Futuna. Elle est de

88 médecins pour 100 000 habitants (248 pour 100 000 dans l'ensemble des collectivités ultramarines).

Le secteur libéral est encore peu développé, en particulier pour les spécialistes, la plupart des médecins exerçant comme salariés dans les établissements de santé : 77 % parmi les généralistes, 84 % parmi les spécialistes.

Les faibles revenus d'une partie de la population, qui ne lui permettent pas l'avance des frais, un régime d'assurance maladie introduit depuis peu et l'accès à des soins gratuits dans les hôpitaux et les dispensaires, expliquent cette situation.

De nouveaux défis sanitaires

La santé est un révélateur de l'évolution des sociétés. Mayotte, de ce point de vue, se trouve dans une situation originale par rapport à la métropole et aussi à la plupart des autres collectivités ultramarines car elle n'a pas encore achevé sa transition sanitaire. L'île connaît depuis vingt ans une évolution socio-économique rapide qui influe sur le mode de vie et a des conséquences sur le plan de la santé. Si cela conduit à une amélioration du niveau de vie pour certains, dans le même temps, une partie de la population continue à vivre dans des conditions précaires. Ainsi, 25 % des habitants n'ont pas accès à un point d'eau individuel à domicile. La multiplication des déchets, l'habitat insalubre et un assainissement très insuffisant favorisent le développement de certaines maladies. Les conditions de vie précaires, la non-surveillance des enfants par les adultes expliquent l'importance des accidents domestiques et en particulier des brûlures chez les jeunes enfants.

On voit persister des endémies connues depuis longtemps sur le territoire tandis que des maladies chroniques liées aux conditions de vie et aux nouvelles habitudes alimentaires prennent de plus en plus d'importance. La forte pression migratoire que connaît Mayotte, en provenance surtout des Comores, a des incidences sur le fonctionnement du système de santé : maladies importées, développement de l'habitat insalubre et de la promiscuité, tandis que l'accès aux soins et le suivi des traitements sont rendus plus difficiles.

L'environnement régional est défavorable : il est constitué de pays au système sanitaire déficient et qui n'ont pas achevé leur transition épidémiologique (Madagascar et Comores).

Le paludisme reste endémique même si l'on observe une diminution des nouveaux cas. Des flambées épidémiques en 1991 et en 2000





montrent que le risque reste très présent. La croissance des déchets qui peuvent constituer autant de gîtes larvaires, le stockage de l'eau par les habitants qui n'ont pas accès au réseau à domicile, favorisent le développement des vecteurs.

La lèpre n'a pas disparu et reste un problème de santé publique. 254 nouveaux cas ont été diagnostiqués de 1990 à 1998, 342 de 1999 à 2005 et 307 de 2006 à 2011 (en 2005, plus de la moitié sont des cas non autochtones). Mayotte reste le territoire ultra-marin le plus touché avec une moyenne annuelle de 45 cas depuis 1995. Le voisinage de pays où la lèpre est endémique (Comores, Madagascar) rend plus difficile son élimination. L'incidence annuelle de la tuberculose reste encore élevée. Entre 2000 et 2009, le nombre de nouveaux cas n'a jamais été inférieur à 15. Un centre de lutte antituberculeux a ouvert en janvier 2009.

L'émergence des maladies chroniques

Enfin, on assiste depuis quelques années au développement de certaines arboviroses. La dengue a été observée de manière sûre depuis la fin des années 1970 dans les îles de l'océan Indien. Elle touche la Grande Comore en 1993, La Réunion en mars-juin 2004, Madagascar en 2006 et Mayotte en mars 2010. Le chikungunya apparaît aux Comores fin 2004 en provenance du Kenya et touche La Réunion et Mayotte en 2006. Dans cette dernière, 38 % de la population est touchée. La Fièvre de la vallée du Rift (FVR) est rapportée à Madagascar en 2008 et à Mayotte entre septembre 2007 et novembre 2008.

L'émergence des maladies chroniques est un autre aspect de cette évolution. Les indices comparatifs de mortalité en 2007 montrent une surmortalité à Mayotte par rapport à la métropole en ce qui concerne les maladies infectieuses, le diabète, les maladies de l'appareil respiratoire et l'asthme. Une étude (Nutrimay), réalisée en 2006 par l'Institut de veille sanitaire, fait le constat d'une situation nutritionnelle préoccupante avec *« la coexistence de malnutrition par carence chez les enfants et de malnutrition par excès chez les sujets âgés de 15 ans et plus. »* Ainsi, 55 % des femmes et 32 % des hommes de plus de 15 ans sont en surpoids ou obèses. L'étude Maydia, réalisée en 2008, a révélé une prévalence du diabète de 10,5 % chez les personnes des deux sexes de 30 à 69 ans et une très forte prévalence de l'hypertension artérielle (près d'une personne sur deux).

L'extension de l'hôpital de Mamoudzou depuis les années 1990.

© CHM







Mayotte, zones de desserte hospitalière au début des années 2000.

6 La médecine à Mayotte : entre tradition et modernité*



Femme et son enfant portant une amulette au cou *(hirizi)*, en visite dans un dispensaire dans les années 1980.

• Source : ADM, *12Fi21*. *© DR.*

I- Une approche différente de la maladie

MALGRÉ L'USAGE de plus en plus massif de la médecine moderne depuis maintenant plus de trente ans, la maladie demeure un mystère pour de nombreux Mahorais qui la perçoivent autrement qu'une simple pathologie. À partir de là, ils n'ont de cesse de trouver l'origine, l'explication du mal qui les ronge, afin de parvenir à un remède pour l'éradiquer ou, tout du moins, le soulager (et cela est plus patent pour les maladies mentales). Ainsi, concevoir différemment la maladie affecte la perception que les Mahorais ont de la médecine moderne, mais surtout leur confiance à pouvoir les guérir.

Le Dr. Lartigau-Roussin relevait, dans une étude parue en 2002, qu'*« à Mayotte, la médecine traditionnelle est encore largement sollicitée pour plusieurs raisons. Si les jeunes disent unanimement ou presque ne pas "y croire" ou ne pas y avoir recours, ils sont encore très nombreux "en brousse" à porter la trace de scarifications, ou à reconnaître avoir bu plus ou moins récemment une tisane de plantes thérapeutiques. Dans de nombreux cas, il est plus aisé de recueillir ou de recevoir des plantes que de se perdre dans la file d'attente du dispensaire et dans le parcours d'examens complémentaires du médecin. En pratique, les patients ont recours aux deux médecines en présence dès que leur cas s'avère un peu sérieux. »*[55]

Pour le docteur Abdoulkarim Abaine, de son côté, *« la médecine occidentale a son champ d'action qui est le champ biologique pur et dur où l'on connaît la maladie, où on la diagnostique avec un certain nombre d'examens. On a des traitements, la chirurgie, ou bien les molécules, mais tout le domaine culturel est quelque chose d'extrêmement difficile. Il y a beaucoup de signes de souffrances qui sont culturels. […] Ces souffrances […] ne sont pas forcément bien connues de la médecine. Je vais prendre un exemple, un ancien voit sa maison brûler puis, quelque temps après, sa femme meurt, […], après son fils a un accident sur la voie publique et se casse un*

* Ensemble du dossier réalisé par Latufat Abdoul-Kader.

bras et [...] il tombe malade. Imaginez comment va se sentir cet homme. On n'arrivera pas à le soigner quels que soient ses symptômes, quelle que soit sa maladie. On n'arrivera à le calmer que s'il y a un traitement culturel qui est fait, le shidjabu *[...]. Quand il va voir le* fundi, *il lui dira que ce n'est pas un hasard si tous ces événements arrivent en même temps [...]. Et il lui dira qu'il a raison. [...] Un médecin occidental [...] n'arrivera à calmer sa souffrance que lorsqu'on aura trouvé une solution à la succession des événements. C'est une solution culturelle. Donc, il y a beaucoup de souffrance d'origine culturelle [...] qui fait que pour arriver à calmer la douleur elle-même, à calmer l'angoisse, il faut ce traitement culturel tout en continuant le traitement médical. »* [56]

•••



Cérémonie de *rumbu* (1985).

• LAMBECK Michael, *Knowledge and practice in Mayotte - Local discourses of Islam, sorcery and spirit possession.* © J. S. Solway.

II- La diversité des thérapies

PARMI LES MULTIPLES choix de thérapies à Mayotte, il convient de souligner l'omniprésence des plantes. Presque tous les thérapeutes y ont recours. En dépit des bienfaits des plantes médicinales, les professionnels de la médecine moderne préviennent contre les effets non connus des plantes, et alertent sur le danger de posologies aléatoires. À ce jour, aucune étude scientifique des plantes n'a été menée à Mayotte. Cependant, pour une meilleure imprégnation de la médecine moderne, l'administration et le personnel de santé ont dû rechercher la collaboration des guérisseurs et ainsi délimiter les domaines pour chaque praticien.

Dans les années 1930, Jean Manicacci (administrateur adjoint aux Comores) critique la médecine traditionnelle et ses effets : « *Les matrones comoriennes, aidées des sorciers, bénéficient de cet état de choses et l'entretiennent par des pratiques superstitieuses qui se conjuguent avec les pratiques néfastes de leur prétendue profession.* » [57] C'est pour cela qu'il propose que « *les dispositions prises ou à prendre ne soient opérantes que dans la mesure où l'on utiliserait un personnel d'origine comorienne, parfaitement adapté et au courant de préjugés, des usages, des coutumes et du dialecte local de l'Archipel. [...] Le malade ne devra plus avoir ni la possibilité ni le goût de*

Paroles de tradi-thérapeutes

À Mayotte, la médecine traditionnelle offre tout un panel de thérapeutes et le malade fait son choix selon le mal qui le ronge. Ce sont des domaines où les *foundi* (celui a qui a la connaissance), les *mwalimu* (le *foundi* versé dans la thérapeutique basée sur la religion musulmane), les guérisseurs, masseurs, matrones, et bien d'autres, exercent. La plupart du temps, ils semblent compétents et maîtriser leur “science”. Ils ont reçu une formation depuis leur prime jeunesse, inculquée par un proche qui détenait le savoir, savoir-faire, ou transmis par un parent, et ce, de génération en génération. Exercer la médecine traditionnelle n'a jamais permis d'en vivre et il est fréquent d'exercer un autre métier. Très décriée par les Français à leur arrivée à Mayotte, la médecine traditionnelle a évolué en marge de la médecine moderne. Aujourd'hui, elle reste une composante à prendre en compte. Les professionnels de la santé ont dû, à un moment donné, rechercher sa collaboration. Des témoignages de la fin des années 1980 et du début des années 1990 nous éclairent sur ces pratiques.

Un savoir transmis de génération en génération

« Hakim Halidi n'est pas seulement technicien agricole. Ses principales connaissances en agriculture se complètent d'un savoir antérieur qu'il a hérité de son père dès l'adolescence. Car Monsieur Hakim est... guérisseur à Kani-Kély. [...] “C'est un métier qui ne risque pas de disparaître avant longtemps”, *dit Monsieur Hakim,* *“même si les gens ont pris l'habitude d'aller au dispensaire, à l'hôpital”.*

Quand il a eu 15 ans, en 1965, son père a décidé qu'il était temps d'enseigner à ce fils les moyens de guérir ses semblables. Un principe



Hakim Halidi, guérisseur.

• Source : *Jana na Leo, n°12 (4e trimestre 1989) - © Jana na Leo*

chez le père de Hakim Halidi : son savoir devait être transmis à tous ses fils afin qu'ils sachent eux-mêmes soigner leurs propres enfants en cas d'urgence. “J'allais à l'école et poursuivais mon apprentissage de guérisseur. [...] C'était une transmission de gestes, de connaissances des os et des racines... Une initiation que chacun peut suivre [...] et, par expérience, devenir un bon guérisseur. Mon père avait appris de la sorte (en regardant) auprès de son propre père. Celui-ci tenait ce savoir d'un autre guérisseur fameux de M'tsangamouji, Tsai-Be”.

Hakim Halidi explique que le diagnostic s'établit au toucher. L'origine des maux de ventre est localisée après palpage de la région douloureuse. Le guérisseur reconnaît sous ses doigts les “gonflements d'entrailles”, les déplacements d'organe. De même décèle-t-il les problèmes osseux qu'il traite davantage que les autres, sauf les fractures ouvertes pour lesquelles il envoie immédiatement le blessé à l'hôpital, car dit-il, “nos produits à base de plante ne sont pas stérilisés et je ne veux pas qu'il se produise d'infection !” *Par contre, il guérit sans*

Matrone à l'œuvre (palpation d'une femme enceinte) dans les années 1980.

• Source : *Jana na Leo, n°12 (4e trimestre 1989) © Jana na Leo*



problème les entorses qu'il enduit d'un mélange à base de plusieurs racines écrasées avec de l'eau. Il réduit les fractures simples, pose pour cela des attelles et des pansements de sa fabrication. Il estime bien connaître le corps humain et déterminer par simple examen visuel de quelles lésions il est atteint. Il peut repérer une hémorragie interne et ainsi envoyer rapidement le patient à l'hôpital. "À chaque articulation", *dit encore Hakim,* "correspond un savoir-faire particulier pour la soigner, la remettre en place. Il faut beaucoup pratiquer les gestes appris avant de prendre de réelles initiatives." *Kalim Halidi estime que ce métier n'est pas vraiment lucratif : les gens donnent ce qu'ils veulent, selon leurs moyens. Parfois rien.* "Mais quand on sait soigner, quand on est un guérisseur consciencieux, on ne renvoie jamais un patient". » [63]

Mma Mkoni, sage-femme traditionnelle

« Mma Mkoni est une surveillante de grossesse, selon une méthode traditionnelle. Mma Mkoni est illettrée, née à Chembenyoumba le 5 avril 1933, mère de trois enfants, veuve, habitant à Combani depuis plus de trente ans, Mma Mkoni est sage-femme et rebouteuse depuis plus de vingt ans. "J'ai appris ce métier chez ma tante, Madame Bweni Mansa, qui l'a pratiqué durant quarante ans. C'est elle qui m'a élevée et, après sa mort, j'ai appliqué à mon tour cette méthode de praticienne médicale traditionnelle. [...] Avec un simple massage abdominal, je peux vérifier et donner l'âge de leurs grossesses aux femmes qui viennent me voir, car elles l'ignorent bien souvent. J'ai déjà sauvé des dizaines de femmes enceintes menacées d'accouchements prématurés ; et Dieu m'a toujours donné le pouvoir de m'en sortir, au mieux. Même, de nos jours, avec la présence de docteurs mzoungous, il y a toujours des familles qui me demandent de les accompagner à l'hôpital, pour aider leurs filles au moment de l'accouchement. [...] Je pratique aussi le métier de rebouteuse. J'ai rétabli de nombreuses fractures sur des jeunes sportifs. Avec une simple décoction, je peux aussi rendre la guérison à des patients pour diverses maladies. [...] Je vous signale aussi que je n'ai jamais fait ça avec à l'esprit de gagner beaucoup d'argent. Pour moi, ce n'est pas un métier lucratif, je le fais pour sauver la vie des jeunes mères et surtout des bébés". » [64]

Les divers tradi-thérapeutes

« Ainsi œuvrait le "fundi wa madjini" *(spécialiste des esprits) [...] qui guérissait selon les rites bantous et malgaches en ayant recours aux* "troumbas" *(rites de possession). Autre maître d'œuvre, le* "mwalimu", *qui avait une pratique d'inspiration religieuse ; il implorait Allah et adjurait les esprits en se basant sur les textes coraniques mais n'hésitait pas à s'adonner au commerce des amulettes. [...] Le troisième de la hiérarchie des fundis était le guérisseur herboriste. Il traitait de façon empirique la pathologie externe et, surtout, en utilisant deux cents espèces de plantes sous forme de tisanes, d'onguents, d'ablutions ou de cataplasmes. [...] Il en était ainsi pour la matrone (l'accoucheuse traditionnelle) qui ne risquait de voir sa réputation ternie que lorsqu'elle n'avait pas diagnostiqué une grossesse à risque et encore avait-elle toujours la possibilité d'invoquer les conséquences d'un sortilège ou d'un rite mal observé quand la délivrance se passait mal. »* [65]

Les "DALAO", remèdes traditionnels

Conjonctivites
On lave les yeux avec une décoction de liane de *maso ny amboa gara*. On applique sur le pourtour de l'œil une pâte composée de racines de safran pilées avec du sel.

Otites
On instille dans l'oreille douloureuse quelques gouttes provenant des feuilles, légèrement brunies sur feu de bois et pilées, d'une herbe grasse appelée *miaoini*.

Entorses, fractures
On enduit le membre douloureux avec de la pâte de safran et des feuilles pilées de l'arbre *miemba* (?) ; on recouvre le tout avec des feuilles entières du même arbre qu'on maintient à l'aide d'attelles en bois.

Fièvres
Le remède est à base de décoctions de feuilles (*aliapana* (eucalyptus), *moukinini*, tamarinier) ou de fumigation (menthe poivrée, feuilles de mandarinier bouillies) ; la préparation est ensuite réduite en pâte pour masser le corps du malade.

Toux, asthme
Cigarettes de feuilles d'eucalyptus ; absorption de feuilles de *chipiha lindje* (liane rappelant le liseron) écrasées et délayées dans l'eau, de graines de baobab délayées également ; décoction de *chivoundzé*, mastication de feuilles de *paraovy* cru, friction de *chioula maji*.

se soustraire à l'action de nos médecins pour recourir à celle du sorcier. » [58]

À l'inverse, le Docteur Martial Henry évoque sa collaboration avec la médecine traditionnelle : *« Je préfère dire médecine moderne ou la médecine scientifique plutôt que la médecine occidentale parce que [...] tout le monde y a participé, il n'y a pas que les Occidentaux. [...] Je disais donc :* "Attention, ne touchez pas à une fracture ouverte. Parce que s'il y a une plaie, une infection va s'installer et la personne va mourir d'infection, de gangrène." *[...]. On s'entendait bien avec Mcolo Mainti (un rebouteux de M'tsangamouji). Chaque fois qu'il avait une personne avec fracture avec une plaie, il disait :* "Il faut aller voir le docteur, moi je ne touche pas." *Il y avait une dame qui s'appelait Moizaza. Elle est de Acoua, mais elle habitait M'tsapéré [...] C'était une accoucheuse traditionnelle. Quand j'étais médecin à Mamoudzou dans les années 1966-1968, je l'ai recrutée à Mamoudzou parce qu'elle était la cheftaine des accoucheuses. [...] Je l'ai recrutée à l'hôpital. Elle aidait la sage-femme Kamaria Assane. [...] Elle allait expliquer qu'il faut désinfecter, se laver les mains, mettre un peu d'alcool dans les mains et ensuite lorsque l'enfant sort, couper le cordon. Donc on a mis un peu d'hygiène. On l'avait recrutée ! On la payait au mois ! Elle faisait les tournées pour expliquer aux autres accoucheuses. »* [59]

Alfred Gevrey, dans son *"Essai sur les Comores"*, rapporte les éléments suivants sur la médecine traditionnelle à Mayotte : *« Quand ils n'ont pas recours aux sorciers, dans leurs maladies, ils s'adressent à des empiriques dont les pratiques ont des origines raisonnées, mais ceux qui sont aujourd'hui dépositaires des recettes seraient bien embarrassés pour les expliquer. On ne connaît pas au juste la composition des breuvages ou des emplâtres qu'ils ordonnent dans certains cas ; ils font des ventouses par succion avec une corne de bœuf percée et les carifient, connaissent l'emploi des attelles brisées pour les fractures, cautérisent les ulcères avec le sulfate de cuivre ou des applications à base végétale, et crépissent les varioleux d'une pâte de composition inconnue. Les maladies internes et locales se traitent par l'application d'une pâte jaune sur la partie du corps où siège le mal. »* [60]

Dans une enquête sur le droit à la santé parue en 1993, la journaliste Hélène Mac Luckie évoque la médecine traditionnelle ainsi que quelques remèdes (voir encart ci-contre). *« La méthode de prévention était le talisman (hirizi) et la méthode curative la plus spectaculaire, un cérémonial stéréotypé pour exorciser le démon à l'origine du mal [...] qui guérissait selon les rites bantous et malgaches en ayant recours aux 'troumbas" (rites de possession). »* [61]

Dans un article précédent publié en 1992, le même auteur explique ce que sont les exorcismes médicaux : *« Il s'agit d'une cure libératrice pour le malade se trouvant possédé ou infesté par un esprit qu'il faut exorciser. D'une manière générale, la parade contre les méfaits des esprits est le* "dalao" *(remède). Si le mal est déjà fait, on organise une cérémonie exorciste, le* "rumbu" *(rite de possession). On appelle l'esprit, on tente de l'apaiser car il y a peut-être eu transgression involontaire des règles de cohabitation. On le dissuade de continuer à tourmenter le possédé et on le prie de s'en aller en y mettant les formes. »* [62]

•••

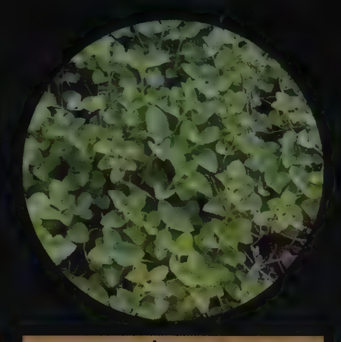
Exemples de plantes avec les vertus curatives qu'elles sont supposées posséder.

• Source : *pour les noms scientifiques, français, shimaore et kibushi,* Plantes de Mayotte, *2011, Mayotte, col. Les guides naturalistes, association des Naturalistes, environnement et patrimoine de Mayotte, 368 p.*
© DR

Attention : il ne s'agit là que d'indications, en aucun cas des prescriptions !



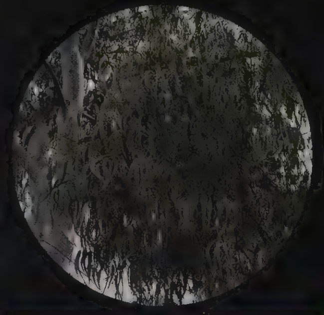
antiseptique
Senna alata, dartrier (fr), gali ndrume (shm), anrabahi lahi (shb)



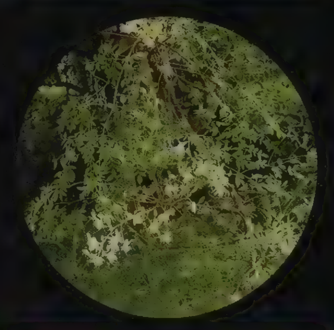
toux
Plectranthus amboinicus, balsame (fr), paraovi (shm), para uvi (shb)



colique (bébé)
Momordica charantia, margose (fr)



fièvre
Eucalyptus citriodora, eucalyptus citronné (fr), laliapana (shm)



inflammation
Moringa oleifera, brède mouvoungué (fr), feliki mvoungue (shm)



otite
Kalanchoe pinnata, herbe mal de tête (fr), miawani (shm), sudifafang'a (shb)



cicatrisation osseuse
Cissus quadrangularis, liane carrée (fr), tuifafanazirana (shb)



constipation
Tamarindus indica, tamarin (fr), muhaju (shm), madiro katazo (shb)



circulation sanguine
Tragia furialis, "ortie" tropicale (fr), shileni (shm), ampisi (shb)



antiseptique corporel
Bixa orellana, rocouyer (fr), mjengafre (shm)



chasser le chagrin
Cardiospermum halicacabum, liane poc-poc (fr), kanusu (shm), kanusa (shb)



maux d'estomac, de gorge
Phyllarthron comorense, phyllartron des Comores (fr), shivundze (shm)



paludisme (prévention)
Cymbopogon nardus, citronnelle (fr), sandze (shm), siturneli (shb)

Pour aller plus loin

Le personnel de santé mahorais : un perpétuel engagement

De nombreux Mahoraises et Mahorais luttent depuis plus d'une cinquantaine d'années pour améliorer la qualité des soins à Mayotte. Cela passe par leur formation, leur disponibilité... Certes, il y a encore énormément à faire pour arriver au même niveau que les autres territoires d'outre-mer, sans parler de l'Hexagone. Cependant, les écarts se réduisent, et ce, grâce à l'engagement quotidien de ces femmes et de ces hommes. Voici les témoignages de certains d'entre eux, présentation non exhaustive, mais qui donne une idée assez précise de ce que fut leur travail...



Le docteur Martial Henry (à droite), sur les marches de l'école de médecine de Tananarive en 1955.

© DR

Docteur Martial HENRY

Né le 26 mai 1931 à M'ronyobéni (Petite Terre)

Fonction actuelle

Médecin libéral
et président du Conseil d'administration du Centre hospitalier de Mayotte (aujourd'hui Conseil de surveillance)

Parcours professionnel

1963-1966	Assistant en chirurgie à l'hôpital El Maarouf (Grande Comore)
1966-1968	Mise en place d'une structure hospitalière avec la création d'un bloc chirurgical d'urgence et de la maternité (Mayotte)
1968-1970	Chirurgien (Anjouan)
1970-1973	Ministre de la Santé du territoire des Comores
1974-1975	Directeur de Santé du territoire des Comores
1975-1981	Directeur de santé et Médecin chef (l'hôpital de Dzaoudzi-Mamoudzou)
1982-2012	Président du Conseil d'administration du Centre hospitalier de Mayotte

Formation

- École primaire à M'ronyombéni
- Collège à Majunga
- Lycée à Tananarive puis cycle préparatoire aux études de médecine (un an), École de Médecine de Tananarive (trois ans), Faculté de médecine de Paris. *« L'École de médecine de Tananarive et celle de Dakar donnaient la possibilité d'entrer en 4e année dans une université de plein exercice sous réserve de passer les examens d'équivalence. Fin des études en 1963. »*
- École nationale de santé publique de Rennes en 1973 pour devenir médecin-inspecteur de santé.

Le personnel de santé mahorais

« Le personnel de santé mahorais, malgré, au départ, le manque de formation et de moyens, a vraiment travaillé dans la mise en place et l'évolution du système de santé à Mayotte. Je vous citerai quelques personnes avec qui j'ai beaucoup collaboré. À commencer par Ahmed Boinahéry de Sada, le premier infirmier diplômé [...]. Je peux vous citer également le regretté Bounou Adinani qui était un infirmier local, formé sur le tas. [...] Je vous citerai Chakrina qui est

infirmier également. Il est un des premiers infirmiers formés à Madagascar. Lui s'est spécialisé beaucoup plus en biologie. Chakrina était notre premier technicien de laboratoire. [...] On a travaillé ensemble à l'hôpital de Dzaoudzi où il y avait l'embryon du laboratoire d'analyse médicale, nous n'avions pas encore de médecin ou de pharmacien biologiste mais c'est Chakrina qui nous apportait ses connaissances pour les examens complémentaires. »

La mise en place de structures de formation pour le personnel médical

« Quand j'étais directeur de l'hôpital de Mamoudzou-Dzaoudzi, j'ai créé un centre de formation du personnel : des aides-soignants, des auxiliaires de puériculture, des infirmiers et sages-femmes locaux. [...] J'ai fait appel à des monitrices et des formateurs. Je participais pendant plusieurs années à la formation de ces infirmiers, de ces aides-soignants. J'ai mis ça en place en 1977. C'était la première structure devenue, en 2001, l'Institut français en soins infirmiers (Ifsi). Le ministère a accepté que ça devienne un Ifsi en 2001. [...] Mais les gens que nous avons formés ont leur diplôme d'aide-soignant national ! On a tenu, ce sont des jeunes Mahorais pour la plupart, qui étaient arrivés à la fin des 3e, certains [...] en 2nde, d'autres en 1re. Ils passaient le concours d'admission dans ce centre de formation. [...] Je crois que ça a été une bonne chose [...] parce que c'était deux diplômes : aide-soignant et infirmier local ou aide-soignant et sage-femme locale. Les textes ont permis [...] que les aides-soignants ayant exercé pendant trois ans ou plus dans un hôpital public pouvaient, par formation interne, préparer soit une formation en alternance, parce qu'on n'avait pas encore l'Ifsi, soit entrer en Ifsi par concours interne. »

La lutte contre les maladies endémiques

« J'ai mis en place [...] la lutte contre les grandes endémies. J'avais mis en place avec l'État français et le gouvernement du Territoire des Comores une organisation qui s'appelle le Service de santé de base et des grandes endémies (SSBGE). Il y avait quatre grandes maladies : le paludisme, la tuberculose, la lèpre et la filariose. [...] La lutte contre le paludisme consistait en des pulvérisations d'insecticide et des distributions hebdomadaires de nivaquine. On avait des agents recrutés pour faire le tour des villages pour distribuer toutes les semaines de la nivaquine, surtout aux petits enfants [...]. Ils n'existent plus maintenant parce que le paludisme a beaucoup chuté. [...]

On expliquait aux gens que la tuberculose se transmet, donc qu'il y a une certaine hygiène. On isolait les gens qui avaient la tuberculose et on les traitait avec des médicaments très coûteux, à l'hôpital. [...] Mais, surtout, on vaccinait au BCG. Les gens deviennent plus résistants et donc la tuberculose a beaucoup régressé à Mayotte. La lèpre, surtout du côté de Koungou et de Passamainty, a touché beaucoup de gens. Parce que jusqu'en 1958, il y avait une léproserie à l'île M'bouzi. Donc on soignait les lépreux avec un traitement également spécifique. La filariose, c'est le trendre*, un moustique, le culex, qui transmet la filaire d'une personne malade à une autre personne.*

Donc, on avait ces quatre grandes endémies. On a ouvert un service dans l'ensemble des quatre îles pour s'attaquer à ces maladies. Dans ce SSBGE, on a mis également les vaccins. [...] Il y avait des gens qui mouraient de tétanos, de poliomyélite, de la diphtérie, de la coqueluche. [...] On vaccinait les enfants et les adultes, notre priorité étant d'améliorer les conditions sanitaires. » [66]

Docteur Abdoulkarime ABAINE

Né le 30 avril 1961

Fonction actuelle	
Médecin à la Direction de la prévention (Conseil général de Mayotte), depuis 2009	
Parcours professionnel	
1990-1992	Médecin de secteur de la Direction des affaires sanitaires et sociales (Dass)
1992-1993	Remplaçant d'un médecin (secteur de Petite Terre)
1993-2009	Médecin en charge des PMI (protection maternelle et infantile)
Formation	
- École primaire à Mzoizia (Bouéni) et M'ronyombéni (Petite Terre)	
- Collège à Dzaoudzi	
- Lycée à Mamoudzou (pour la 2nde et la 1re), puis terminale effectuée à La Réunion (il n'existait pas encore de classe de terminale à cette époque à Mayotte).	
- Université : faculté de médecine de Dijon, à partir de septembre 1981.	



Le docteur Abdoulkarime Abaine, en 2012.

• ADM. 5Fi104-1. © ADM

Mon retour à Mayotte en tant que médecin

« Au début, quand je suis arrivé, les gens avaient du mal à m'accepter comme médecin. Ils avaient du mal à croire que j'étais médecin. Déjà croire que j'étais médecin, puisque les médecins à l'époque étaient des mzungu et, en dehors des mzungu, il y avait le docteur Martial qui s'appelle Martial Henry. Donc, s'appeler docteur Abdoulkarim Abaine, c'était quelque chose d'assez difficile à comprendre pour les gens. [...] Je travaillais à Mamoudzou. Je remercie l'infirmière et l'aide-soignante qui étaient à la garde mahoraise et qui m'ont accueilli, [...] m'ont accepté et m'ont présenté en disant aux patients qui venaient : "C'est un médecin, il est comme l'autre, le mzungu qui est parti en congé, il a la même formation". *C'est grâce à ces collègues de travail que j'ai pu être intégré rapidement, facilement, par les patients. Sinon, je n'oublie pas qu'il y a eu un reportage sur moi à mon arrivée qui est passé à la télé et à la radio. Les gens qui suivent les informations ont pu savoir qu'il y avait un médecin mahorais qui venait d'arriver. Il y a une histoire qui m'est arrivé à Vahibé : j'étais présenté par l'infirmier de Passamainty. [...] La première fois qu'il m'a présenté, il y a eu des rigolades de la part de certaines personnes.* "Vous rigolez ! Un médecin mahorais, ça n'existe pas ça !" *Puis, comme il a insisté, c'est là qu'ils ont cru, c'est assez particulier. Mais bon, c'était vraiment les premiers jours, les premières semaines, qu'il a fallu convaincre les gens que cela existe effectivement. »* [67]





Un camp organisé lors d'une tournée de consultations dans un village, à la fin des années 1970, début des années 1980.

• ADM. 12Fi28.

Ahmed BOIÑAHÉRY

Né le 5 janvier 1936 à Sada

Fonction actuelle	
Infirmier à la retraite, agriculteur	
Parcours professionnel	
1957-1958	Hôpital de Dzaoudzi
1959-1965	Affectation à Acoua
1965-1966	Infirmier chef à l'hôpital de Mamoudzou
1966	Mis à disposition du médecin-inspecteur à Moroni
Formation	
- École primaire à Sada et Chirongui	
- École d'infirmier à Madagascar	



Ahmed Boinahéry, en 2012.

• ADM. 5Fi106-1. © ADM

Mon retour à Mayotte en tant qu'infirmier

« À mon retour, j'ai été affecté à Bandrélé. Mais, finalement, je n'y suis pas allé. En effet, le médecin exerçant à Dzaoudzi ayant appris que j'avais suivi une option épidémiologie durant mes études a décidé que j'allais rester avec lui. J'ai donc été affecté en service de salle où il y avait des malades atteints de tuberculose et de lèpre. Tout le monde me disait : "Tu vas soigner ces gens, tu seras contaminé !" *Je leur répondais que j'avais l'habitude de les soigner. Ici, ils sont 5 ou 6, mais là-bas* [Madagascar], *on trouvait 170 tuberculeux et 85 lépreux. Pourtant, on s'en est très bien occupé. Ce n'est pas contagieux si on suit bien les mesures d'hygiène. Mais personne ne les connaissait ici. On vous donnait une blouse et on se prétendait docteur. »*

Mon expérience des tournées de villages

« Lors des tournées, si la personne devait être envoyée à l'hôpital, on le lui proposait. Si on pouvait la soigner sur place, on le faisait. Au final, les gens n'étaient plus hostiles comme au début. À M'tsamboro, on soignait beaucoup avec les seringues. Avec l'arrivée de l'extencilline, un antibiotique, au lieu de faire 9 à 12 piqûres, on n'en faisait plus qu'une. [...] Durant l'épidémie bacillaire, on utilisait la typhomycine et le ganidan. Par conséquent, les malades se méfiaient si on ne leur faisait pas de piqûres, et encore plus des comprimés. L'épidémie continuait à s'étendre. Finalement, les chefs de village m'ont prévenu que les gens refusaient de prendre leurs médicaments. Un comprimé de typhomycine valait 125 CFA. Le médecin se demandait comment inciter les gens à prendre les comprimés. Je lui ai répondu : "C'est très facile. Utilisons les injections de cacodylate." *[...] Lorsque je distribuais les antibiotiques aux patients je leur faisais une piqûre et leur expliquais :* "Il faut impérativement prendre les comprimés pour que la piqûre soit efficace." *[...] Mais aussi que la piqûre n'était nécessaire que la première fois et qu'il fallait absolument continuer de prendre les comprimés. Et ça a fonctionné. »* [68]



M. Boinahéry, lors d'une tournée de consultations (années 1980).

• ADM. 12Fi22. © ADM

Dans un enquête parue dans les années 1990, la journaliste Hélène Mac Luckie donnait la parole à d'autres acteurs œuvrant pour améliorer la qualité des soins à Mayotte [69]. Depuis, certaines de ces personnes sont parties à la retraite, d'autres ont étés promues...



Julia Razaiarisoa, première sage-femme diplômée de Mayotte.

• *Jana na Leo, n°36-37 (4e trimestre 1993) © Jana na Leo*

Julia RAZAIARISOA

Fonction
Sage-femme

Julia Razaiarisoa, une des plus anciennes sages-femmes de Mayotte, a effectué ses études à l'école des sages-femmes locales (Grande Comore), de 1960 à 1962, dans la même promotion que Kamaria Assani. Elle a commencé sa carrière à l'hôpital El Maarouf de Moroni puis, après obtention de son diplôme, a été affectée à Kombani Oichili, toujours en Grande Comore, pour un séjour d'un an. Mais avant de revenir à Mayotte, en 1965, Julia Razaiarisoa a encore travaillé à Fomboni, capitale de Mohéli.

Jana na Leo : Qu'est-ce qui vous a le plus marqué dans les conditions de travail de cette époque ?

Julia Razaiarisoa : Beaucoup de choses. D'abord, je me suis retrouvé unique sage-femme de Mayotte. Avant que je n'arrive à Dzaoudzi, et jusqu'au début des années 1960, les accouchements étaient assurés par des sages-femmes malgaches. Mais il y avait énormément d'accouchements à domicile, dans des conditions d'hygiène assez déplorables et sans suivi de l'évolution de la grossesse. À l'hôpital de Mamoudzou officiait même une matrone, très expérimentée, du nom de Mwazaza. Moi, j'ai remplacé une sage-femme malgache du nom de Charlotte Ben Ali. Le plus dur, dans nos conditions de travail, c'était le défaut d'éclairage. Comme les accouchements se passent en général la nuit, nous nous éclairions à la lampe à pétrole.

JNL : Vous travailliez absolument seule ? Vous n'avez jamais fait appel à un médecin ?

J. R. : La plupart du temps, non ! Mais j'avais quand même deux servantes qui se relayaient : Léontine Montchéry (Mme Stock) et Suzanne Picot, encore en service. Et puis il me faut nommer aussi les deux toutes premières infirmières mahoraises, Mmes Bertine Novou et Augustine Ollier. Elles n'hésitaient pas à venir m'assister le cas échéant. Toutefois, il y avait quand même des accouchements difficiles nécessitant des césariennes. Dans ce cas, les patientes étaient prises en charge par le médecin-chef de l'hôpital de Mamoudzou.

JNL : Vous êtes revenue à Mayotte en 1965 et n'en êtes plus repartie ?

J. R. : Je suis quand même restée ici jusqu'en

1970 avant d'aller effectuer un autre petit séjour à la Grande Comore. Revenue à Mayotte durant cette même année 1970, j'ai été affectée un an à Mamoudzou, trois ans à Dzaoudzi et, ensuite, un nouvel exil de dix-huit mois à l'hôpital de Hombo (Anjouan). C'est grâce aux événements de 1975 que j'ai retrouvé définitivement Mayotte.

JNL : Vous vous êtes encore retrouvée seule à la maternité de Dzaoudzi ?

J. R. : Pas pour longtemps ! Les choses avaient évolué entre-temps. Kamaria qui travaillait à Mamoudzou était revenue à Dzaoudzi en 1970 après mon retour des Comores, pendant mon affectation à Mamoudzou.

Edmée KINGUE NOVOU

Fonction
Cadre infirmière, première anesthésiste

Edmée Kingue Novou, Mahoraise, a effectué ses études au lycée de Tananarive, obtenant ensuite son diplôme d'infirmière à Caen pour ensuite préparer le diplôme d'infirmière anesthésiste. Pour obtenir cette spécialisation, elle a effectué deux années d'études à Caen et satisfaire à une condition : avoir une expérience de quatre ans en phase intensive (réanimation). En 1980, elle obtient son diplôme d'anesthésiste mais pratique encore un an à Caen avant de revenir à Mayotte en 1981 où elle se retrouve alors seule infirmière anesthésiste. En 1990, elle est nommée aux fonctions de surveillante, appellation aujourd'hui remplacée par celle de cadre infirmier. Quatre autres collègues font fonction de cadres infirmiers à Mamoudzou : Zaliata Abdou en pédiatrie, Mouhoussoune Abdullah en chirurgie, et l'hôpital a aussi une cadre sage-femme en maternité, Zabibou Moendandze.



Edmée Kigue Novou, première anesthésiste de Mayotte.

• *Jana na Leo, n°36-37 (4e trimestre 1993) © Jana na Leo*

Inzoudine ABAINE

Fonction
Infirmier

Après des études d'infirmier à Saint-Denis de La Réunion et l'obtention d'un diplôme d'État en janvier 1980, Inzoudine Abaine a exercé jusqu'en 1984 à Mamoudzou en tant que surveillant du bloc opératoire, avant de décider de se spécialiser. Pour cela, Il a suivi des études à Caen, de 1984 à 1987, pour obtenir son diplôme d'infirmier anesthésiste. Revenu à Mamoudzou en 1987, il a depuis été affecté au bloc opératoire, travail qu'il avoue trouver épuisant mais passionnant.



Inzoudine Abaine, infirmier anesthésiste.

• *Jana na Leo, n°36-37 (4e trimestre 1993) © Jana na Leo*

Zabibou MOANDANZÉ

Fonction
Sage-femme diplômée d'État

Zabibou Moandanzé a obtenu son diplôme d'État à Tananarive (Madagascar) à l'issue de trois années d'études, de 1975 à 1978. C'est à Madagascar même qu'elle apprend son métier jusqu'à ce qu'elle décide, en 1984, de se rendre en métropole pour obtenir l'équivalent de son diplôme d'État. Tout se passe pour le mieux et, deux ans plus tard, elle reçoit une affectation pour Mamoudzou, service qui compte aujourd'hui dix sages-femmes dont trois diplômées d'État et 7 sages-femmes locales. *« Et pourtant »*, affirme-t-elle, *« il nous est parfois difficile de gérer notre épuisement. Jusqu'en 1986, les sages-femmes faisaient des gardes de vingt-quatre heures, heureusement réduites à douze actuellement. Aussi, les reproches qui nous sont infligés en retour sont parfaitement injustifiés compte tenu du problème d'effectifs. Savez-vous que la moyenne mensuelle des accouchements dont j'ai la charge se monte à 160 ? C'est trop ! Nous souhaitons ardemment que ce problème de personnels se résolve le plus rapidement possible. Sinon les patients jetteront toujours l'anathème sur nous ».*



Zabibou Moendandzé, cadre sage-femme.

• *Jana na Leo, n°36-37 (4e trimestre 1993) © Jana na Leo*

Mariata BACAR

Fonction
Infirmière

C'est à l'âge de 38 ans, en 1972, que Mariata Bacar est entrée en fonction. C'était l'époque de la pénurie totale et toutes les bonnes volontés étaient les bienvenues. En 1975, elle est nommée infirmière auxiliaire. Soucieuse de progresser, elle se présente au concours d'entrée de l'école d'infirmiers locaux de Mamoudzou, le réussit et obtient un diplôme d'aide soignante en 1979. De par son expérience, elle est nommée infirmière accoucheuse (sage-femme locale). Aujourd'hui, elle assure ses fonctions à la maternité de Dzaoudzi avec zèle, compétence et une conscience professionnelle qui lui a valu une distinction honorifique : la médaille du chevalier de l'Ordre national du mérite.

Abdoul DJABAR

Fonction
Médecin de secteur

Abdoul Djabar a été attiré par le monde médical par atavisme. Son père, Saïd Combo, était un infirmier bien connu à Mayotte. Élève brillant, il obtient son bac C à Moroni en 1983, avec mention bien. C'est là-bas en effet qu'il a effectué toutes ses études, son père y ayant été affecté. En 1984, la France organise un concours à Moroni où il sert comme VAT, en quelque sorte, pour la mise en place d'un service de santé militaire. Il réussit et est envoyé à l'école de santé militaire de Lyon d'où il ressort médecin capitaine en 1992. Il demandera ensuite à exercer à Moroni puis, « déçu », il reviendra à Mayotte, à la fin de l'année 1992, pour y être nommé médecin du secteur de Bandraboua.



Le docteur Abdul Djabar en consultation.

• *Jana na Leo, n°36-37 (4e trimestre 1993) © Jana na Leo*

N° 2.

Cachin

L'an mil huit cent soixante sept le quinze Janvier, devant nous Jean François Jalley, Lieutenant d'Infanterie de Marine remplissant les fonctions d'Officier d'Etat Civil à Mayotte, ont comparu les Sieurs Jacques Louis Gauchereau, Chirurgien de la Marine, âgé de trente-quatre ans & Ernest Routier de Grandval, gérant d'habitation, âgé de vingt sept ans, tous deux demeurant à Mayotte, lesquels nous ont déclaré que ce jour à une heure après midi, le nommé . . . . Cachin, Ingénieur Civil, employé de M. le Duc d'Emyrne demeurant à Mohéli, âgé de né à Genève (Suisse) le fils de et de est décédé ledit jour à l'hôpital de Mayotte. Et après nous être assuré de son décès nous avons dressé le présent acte en double original dont nous avons donné lecture aux déclarants, lesquels l'ont ensuite signé avec nous

Gauchereau Jalley

Routier de Grandval

Document 1 :
registre des décès de l'année 1867, acte n° 2.
• ADM. 2E2

Note : Les activités proposées constituent des pistes de travail pour l'enseignant qui les adaptera en tenant compte des prérequis nécessaires à leur mise en œuvre et du niveau des élèves. Des compléments à ce dossier seront progressivement mis en ligne sur le site **hgdocs.ac-mayotte.fr**.

NIVEAU	ACTIVITÉ	QUESTION du programme d'HISTOIRE	COMPÉTENCES mises en œuvre - DOCUMENTS utilisés - QUESTIONS - CONSIGNES
Cycle des approfondissements	**Étudier un document historique**	*La Révolution française et le XIXe siècle*	*compétences* **comprendre un document historique simple ; acquérir un vocabulaire spécifique** *documents* 1- Acte de décès n° 2 de l'année 1867. 2- Acte de décès n° 3 de l'année 1867. *questions* 1- Quelle est la nature de ces documents ? 2- Qui sont les personnages mentionnés ? Leur profession ? 3- Que nous apprennent ces documents sur Mayotte au XIXe siècle ?
Quatrième	**Analyser et mettre en relation des documents**	*3e partie : le XIXe siècle* *Thème 4 : les colonies*	*compétences* **lire et pratiquer différents langages (texte) ; mettre en relation des informations** *documents* 3- La variole à Mayotte en 1898. 4- Un projet d'installation d'un médecin civil. *questions* 1- Quelles sont les conséquences de la variole à Mayotte ? Quelles sont les préoccupations de l'administrateur ? (doc. 3) 2- Quelle solution est proposée par le ministère des Colonies ? Quels en sont les inconvénients selon l'administrateur ? (doc. 4) 3- Que révèlent ces deux documents sur la situation de Mayotte à la fin du XIXe siècle ? (docs. 3 et 4)

Activités pédagogiques (suite)

document 3

"La variole à Mayotte en 1898"

Courrier de l'administrateur Mizon au ministre des Colonies, en date du 22 juin 1898.

• ANOM. MAD. 230/501

« *La variole a continué à sévir à la Grande Terre à Mayotte. Dzaoudzi et Pamandzi, c'est-à-dire le 1er quartier, isolé dans un îlot, a pu être jusqu'ici préservé. Le nombre de décès s'élève aujourd'hui 23 juin à 356 pour le 4e quartier, 172 pour le 3e et 26 pour le 2e, soit un total de 554 indigènes qui ont succombé à la maladie.*

« *J'avais eu l'honneur de solliciter par ma lettre du 20 janvier le rétablissement du médecin de 2e classe dont la colonie avait toujours été dotée. La dépense s'élevait à 5 000 F par an. Les 554 indigènes décédés payaient 18,20 F par personne, cotes personnelle et foncière ; c'est donc pour le budget de la colonie une perte annuelle de 10 027,40 F. Laissant de côté le côté humanitaire et le côté économique qui prive la colonie de 400 travailleurs, il y a une perte sèche de 5 000 F par an.*

« *L'épidémie continuant ses ravages, ce déficit [ne fera ?] qu'augmenter. L'économie du médecin de 2e classe aura été coûteuse pour la colonie.*

document 4

"Un projet d'installation d'un médecin civil à Mayotte (1898)"

Extrait d'un courrier, en date du 3 août 1898, adressé au ministre des Colonies par l'administrateur Mizon.

• ANOM. MAD. 205/406

« *J'ai l'honneur de vous accuser réception de votre dépêche au sujet de l'envoi d'un médecin que j'avais demandé par rapport du 20 janvier dernier. Vous avez pensé qu'au lieu de mettre à la charge de la Colonie un nouveau fonctionnaire il était préférable d'y amener un praticien susceptible d'être en même temps un colon et de créer un établissement agricole. […]*

« *Je ne crois pas qu'il soit possible à Mayotte de concilier les exigences du service médical mobile et celles de l'administration d'une propriété. L'un des deux médecins doit avoir charge de l'hôpital et des fonctionnaires et habitants de Dzaoudzi. L'autre doit parcourir l'île de Mayotte et visiter une ou plusieurs fois par semaine les infirmeries des plantations, les postes de police, parcourir les villages où règnent des épidémies, vacciner la population. […] Cette tâche ne peut être bien remplie que par un médecin jeune, actif, de santé robuste pouvant faire dans une semaine 200 km par des routes en mauvais état ou par des sentiers de noirs dont une grande partie à faire à pied ou en mer. Et cela même pendant l'hivernage alors qu'il pleut sans cesser pendant plusieurs mois et que les routes sont défoncées. […]*

« *Au point de vue du service, le médecin civil ne pourra pas recevoir des ordres de l'administration qui cependant aura le devoir de surveiller son service […] Il ne pourra pas, en cas d'épidémie, être attaché à un lazaret ou détaché momentanément dans une colonie voisine.*

document 5

"L'état sanitaire des engagés à Mayotte en 1848"

Extrait d'un rapport du chef du service de Santé à Mayotte sur l'état sanitaire de cet établissement pendant le troisième trimestre 1848.

• *ANOM. MAD. 235/514*

« *Il est fâcheux que la syphilis, si rare dans ces dernières années, s'y soit montrée tout à coup sur un aussi grand nombre. Ce n'est pas le seul reproche que nous ayons à faire aux Indiens venus de Pondichéry, c'est à eux que nous devons aussi la gale, les dartres, la varioloïde (1), infections pour ainsi dire inconnues ici avant leur arrivée. Nous demandons des mesures sévères pour arrêter ce fléau qui compromet autant la morale des populations neuves que la santé des Européens trop souvent portés vers des plaisirs beaucoup trop faciles.*

« *Les Indiens de Pondichéry et du Malabar comptent une grande quantité de malades depuis leur arrivée à Mayotte : cette population est chétive, beaucoup sont porteurs des tubercules (2) et succomberont à la phtisie pulmonaire ; d'autres sont atteints d'affections chroniques de la peau : gale, lupus, syphilides, dartres.*

« *La fièvre intermittente est au moins aussi commune chez eux que chez les blancs. C'est le type tierce qui domine [...] Chez les Européens les accès sont quotidiens. Il est regrettable qu'une sévérité plus grande n'ait pas présidé au choix qu'on était en mesure de faire, il est rationnel d'exiger des travailleurs une bonne constitution, et l'absence de toute maladie contagieuse. Je crains qu'un oubli ou trop d'indulgence ne soit funeste à ces engagés pour lesquels je crains l'hivernage dans lequel nous entrons. Ces malheureux hommes et femmes sont dépourvus d'énergie et sont enclins à la plus insigne paresse. Ils encombrent chaque matin la salle des visites cherchant à simuler des maladies ou prétextant des indispositions pour se soustraire au travail. Ils mettent souvent le médecin dans cette fâcheuse inquiétude que laisse toujours après lui le doute du mal qu'ils accusent. J'augure mal des services qu'on pourra en retirer.*

(1) Forme atténuée de variole. (2) Nodule caractéristique de la tuberculose.

Extrait d'une dépêche ministérielle adressée, le 15 juin 1849, à Monsieur le Commissaire de la République à Mayotte

« *J'ai d'ailleurs appris avec regret qu'en cette circonstance les choix de l'administration de l'Inde avaient porté sur des hommes affaiblis ou atteint d'affections chroniques ; vos observations à ce sujet feront de ma part l'objet d'une communication à l'autorité locale.*

document 6

"Les origines de l'Assistance médicale indigène"

Extrait de "Neuf ans à Madagascar", *ouvrage du général Galliéni.*

• *Éditions Hachette, Paris, 1908, pp. 49-51*

« *Pacifier n'était pas le seul but à atteindre. J'avais aussi la mission de poursuivre, suivant le voeu de la France, l'oeuvre de la civilisation sous les formes principales que celle-ci devait revêtir à Madagascar : développement physique et intellectuel de la race conquise, amélioration de l'état social, mise en valeur du pays par le travail indigène, l'outillage public et la colonisation. Le problème le plus urgent à résoudre et dont tous les autres n'étaient que des corollaires, était d'enrayer la dépopulation due à une dégénérescence physiologique qui se généralisait et s'accentuait de jour en jour dans toutes les parties de l'île.*

Activités pédagogiques (fin)

document 8

"Rapport politique de 1932 sur la subdivision d'Anjouan, archipel des Comores"

Extraits

• ANOM. 2D76

« *Je me permets de répéter que les exigences fiscales pèsent lourdement sur la population qui n'a comme revenus que la location de ses bras. Cette situation encore plus critique en 1932 avec les compressions de dépenses opérées par les deux grandes sociétés* [1].

« *A ajouter à ce premier facteur les habitudes fâcheuses de paresse de l'indigène. Sur les diverses exploitations l'on ne voit guère de travailleurs avant 10 heures le matin et à 14 heures ou 15 heures la journée est terminée. Les exploitations ne peuvent donc payer le salaire journalier correspondant à huit heures de travail effectif. Cette situation peut encore moins se modifier avantageusement pour l'indigène à l'heure actuelle en raison des circonstances économiques car les bénéfices sont nuls.*

« *En période normale la taxe de l'AMI* [2] *est payée régulièrement en même temps que l'impôt personnel. Actuellement ces deux impôts présentent des restes à recouvrer assez importants. Je constate, avec plaisir, que les approvisionnements en médicaments ont progressé. Cette modification est récente car je me suis plaint bien souvent dans les rapports précédents de l'insuffisance pharmaceutique. Le personnel "médecin" est porté de bonne volonté et a le désir de bien faire. Le personnel "infirmier" laisse assez à désirer surtout sous le rapport conduite et tenue.*

« *Je reprends la proposition faite dans mon rapport de 1931. La présence d'une sage-femme n'est pas utile dans l'île. Les essais tentés à cet égard sont concluants. Mais j'estime par contre qu'il serait nécessaire d'avoir deux médecins à Hombo.*

« *Pour mémoire je rappelle l'urgence qui s'impose à la construction de l'hôpital de Domoni.*

« *Je sers à Anjouan depuis 1928. La question de l'édification de cet hôpital a été envisagée bien avant. Tous les ans on en parle et au 31 décembre de chaque année la construction n'existe que dans les cartons renfermant les dessins. Je tiens à reconnaître que tout est difficulté aux Comores en raison du manque de communications et d'approvisionnements mais j'avais soumis des propositions au sujet de cet hôpital. Si elles avaient été acceptées l'établissement fonctionnerait aujourd'hui. Il rendrait pourtant de grands services en raison du nombre respectable d'indigènes travaillant sur les grosses exploitations avoisinant Domoni.*

[1] Société coloniale de Bambao et Société de Nioumakélé. [2] Assistance médicale indigène.

document 9
"Rapport politique de 1940 sur l'archipel des Comores"
Extraits
• ADM. M2

« **ASSISTANCE MÉDICALE INDIGÈNE** *La fréquentation masculine est bonne dans l'ensemble de l'Archipel. Par contre, la fréquentation féminine, par suite des coutumes religieuses défendant aux femmes d'être traitées dans le même hôpital que les hommes, est nulle ; aucun hôpital séparé pour femmes n'existant dans l'Archipel, les formations médicales ayant été calquées sur celles de la Grande Île sans songer que l'on avait affaire ici à une population absolument différente de race, de mœurs et surtout de religion.*

Ceci rappelé, le service a fonctionné normalement au cours de l'année sous la direction successive de deux médecins inspecteurs, l'un remplaçant l'autre ; le premier, Monsieur le Médecin principal Jochum de janvier à avril, le second, Monsieur le Médecin lieutenant Bellidenty, de mai à fin 1940. Tous deux ont fait consciencieusement leur service et le seul reproche que l'on pourrait leur faire c'est le petit nombre de jours de tournée effectués par eux dans l'Archipel. Il serait pourtant bon que ces fonctionnaires, au lieu de se cantonner à Dzaoudzi où ils ont peu à faire, parcourent beaucoup plus souvent leurs circonscriptions et inspectent au moins trois fois par an leurs deux formations d'Anjouan et leurs trois formations de la Grande Comore. Il faudrait en outre puisque les deux circonscriptions médicales de l'Archipel sont toujours réunies en une seule que le médecin titulaire de ces deux formations fasse d'assez longs séjours à la Grande Comore île à elle seule aussi importante sinon plus que le reste de l'Archipel et où sa présence s'avérerait très utile pour stimuler le zèle de ses agents et leur permettre par sa présence de gagner un peu plus la confiance des habitants, les Comoriens ayant encore peu confiance en les médecins Hovas.

« **INFIRMIÈRE VISITEUSE** *La nomination à la Grande Comore d'une infirmière-visiteuse de race musulmane, nomination réclamée depuis longtemps par la population, est très utile et si le Chef de subdivision veut se donner la peine de l'aider dans ses débuts plutôt ingrats et notamment, en la prenant avec lui au cours de ses tournées, de la présenter lui-même aux populations, elle pourra d'ici peu acquérir rapidement leur confiance d'autant plus, ainsi que j'ai pu le constater au cours de deux tournées, elle est pleine de bonne volonté et même considère son rôle à elle musulmane évoluée comme une sorte d'apostolat auprès de ses sœurs en religion moins favorisées qu'elle. [...]*

« **MATERNITÉ** *A Anjouan, par suite d'une légère pression exercée par le chef de subdivision, la maternité de Hombo a connu plus de vogue (80 accouchements) et si M. Romani, successeur de M. Mouzon y tient la main, petit à petit, plus nombreuses d'année en année seront les femmes qui viendront s'y faire traiter, mais ces résultats n'ont pu être obtenus par M. Mouzon que parce que : 1° - la maternité est hors de l'hôpital, à 300 mètres environ de ce dernier ; 2° - que des séparations en toile ont été placées entre chaque lit isolant ces derniers les uns des autres et permettant ainsi à chaque accouchée de recevoir pendant son alitement sa famille (père, mari, fils), ce qu'elle n'aurait pu si elle avait été dans une salle commune, la présence d'autres parturientes ayant autrement empêché ces visites, les femmes ne peuvent se faire voir que de leur père, époux ou fils et non d'étrangers.*

« Décimés par les persécutions des derniers règnes et ruinés par un système d'impôts et de corvées arbitraires, les Malgaches de l'Emyrne [1] avaient perdu toute énergie, et étaient tombés dans cet état de misère résignée et ces habitudes de paresse et d'insouciance qui sont le triste apanage des peuples opprimés par la tyrannie. Ils avaient offert ainsi un terrain particulièrement propice à l'éclosion de toutes les maladies : variole, lèpre, tuberculose, syphilis, paludisme, etc. Ces fléaux avaient fait d'affreux ravages ; la population de certaines régions avait presque disparu, et c'est ainsi qu'en 1896 on comptait à Madagascar à peine 3 millions d'habitants, alors que la fécondité naturelle de la race et les ressources du pays auraient pu décupler ce chiffre si l'évolution démographique naturelle n'avait été très souvent interrompue par des calamités de toute nature.

« L'un des premiers devoirs de l'autorité française était de remédier à ce lamentable état de choses. D'ailleurs, à Madagascar comme dans d'autres colonies où j'avais servi auparavant, la principale entrave à la mise en valeur du pays et au développement de la colonisation européenne était la très faible densité de la population indigène par rapport aux immenses superficies susceptibles d'être exploitées.

« Deux mois après mon arrivée, dans la première quinzaine de décembre 1896, je créai successivement à Tananarive une école de médecine destinée à former des médecins malgaches, et un hôpital indigène servant de clinique à cette école. Les deux établissements furent inaugurés le 6 février 1897, en présence des notabilités européennes et d'une nombreuse assistance indigène. […]

« Des ordres furent donnés à la Direction du service de santé et aux autorités territoriales, pour organiser un service gratuit de consultations et de distribution de médicaments aux indigènes ; en même temps, les médecins militaires furent chargés d'inspections d'hygiène et de tournées de vaccine ; enfin, ils se préoccupèrent de grouper, pour leur donner des soins en commun, les lépreux qui circulaient en liberté et donnaient à tout venant l'attristant spectacle de leurs misères et de leurs plaies.

« Au bout de quelques mois, j'eus la satisfaction de constater que ces diverses mesures avaient porté leurs fruits ; les Malgaches commençaient à échapper à l'influence des "mpisikidiy" ou sorciers, auxquels ils avaient presque exclusivement recouru jusqu'alors en cas de maladie ; l'hôpital indigène de Tananarive dut être agrandi, et les consultations données par les médecins de nos postes militaires devinrent de plus en plus nombreuses.

« Le développement de l'instruction et la création d'un service d'enseignement public devaient aussi fournir un moyen d'action très puissant sur les populations indigènes. .

[1] Nom français de la province de l'Imerina, au centre de Madagascar.

document 7

"L'Assistance médicale indigène aux colonies"

Rapport du docteur Grall, médecin inspecteur des troupes coloniales.

• "Compte-rendu des travaux du Congrès colonial de Marseille", *Paris, Éditions A. Challamel, 1907, tome 3, pp. 269-281*

« *Le programme poursuivi vise : a) d'une part, la prophylaxie des maladies épidémiques et endémo-épidémiques de façon à en préserver les individus et les races ; b) secondement, et pourrais-je dire, secondairement, le traitement des indigènes malades, tant à domicile que dans les dispensaires et les formations hospitalières. Cette œuvre a été poursuivie avec sollicitude par les différentes administrations locales. Les résultats ont été rapides et importants, particulièrement à Madagascar et en Cochinchine, la plus ancienne et la plus prospère des colonies de l'Union indo-chinoise.*

« *Les ressources financières consacrées à l'assistance ont été en grandissant d'année en année. Mais, sauf à Madagascar, elles ne sont ni nettement déterminées ni spécialement affectées. Elles proviennent en majeure partie de dotations empruntées aux budgets des provinces et des municipalités. Toutefois, les budgets locaux et les dons volontaires y apportent une contribution qui varie d'une région à une autre, mais qui est souvent très élevée. Dans beaucoup de possessions, ces dotations sont encore considérées comme occasionnelles et purement bienveillantes ; [...]*

« *D'autre part, en raison de la diversité des sources où sont puisés les crédits alloués, en raison des interventions multiples que rend réglementaires le contrôle des pouvoirs chargés de l'ordonnancement, il résulte des retards et même des empêchements dans la répartition des crédits et dans leur utilisation. Ces services restent placés, sauf à Madagascar, sous l'action directe des administrateurs provinciaux : le corps médical n'a d'autre rôle que de saisir de ses demandes les autorités compétentes. Dans cette colonie de Madagascar, le budget de l'assistance, dès 1901, devient autonome ; en 1902 les dépenses effectuées excèdent 1 million ; cette inscription reste la même pour les années suivantes [...]*

« *L'assistance médicale indigène [à Madagascar] a été réglementée définitivement en 1904, dans les provinces du plateau central et dans la plupart des circonscriptions administratives de la côte Est. Dans les autres régions de l'île, celles du Sud, du Sud-Est, de l'Ouest et du Nord-Ouest, les habitants ont dû s'adresser, comme par le passé, aux médecins militaires, qui leur ont donné des consultations et délivré gratuitement des médicaments.*

« *On peut dire qu'avant son départ, le général Gallieni a parfait cette œuvre à laquelle il s'est particulièrement intéressé.*

« *L'année 1904 a été marquée par une extension plus grande donnée à l'assistance médicale indigène. Le tableau suivant résume les résultats comparés obtenus au cours des années 1902, 1903 et 1904.*

	1902	1903	1904
Hospitalisation	11 134	16 907	21 342
Lépreux internés	2 340	2 973	3 150
Consultations	749 485	1 023 425	1 205 424
Dépenses (en francs)	1 039 116	1 019 042	1 003 704

NIVEAU	ACTIVITÉ	QUESTION du programme d'HISTOIRE	COMPÉTENCES mises en œuvre DOCUMENTS utilisés - QUESTIONS - CONSIGNES
Seconde	**Analyser un document**	*Liberté et nations en France et en Europe dans la première moitié du XIXe siècle* (thème 5)*	*compétences* **exploiter et confronter des informations** *document* 5- *"L'état sanitaire des engagés à Mayotte en 1848".* *questions* 1- Comment s'explique, d'après vos connaissances, le recrutement d'engagés à Mayotte ? 2- Quelles sont les critiques formulées par le chef du service de santé ? Sont-elles justifiées selon vous ?
Première	**Étude critique de document(s)**	*Le temps des dominations coloniales (thème 4)* *question* Le partage colonial de l'Afrique à la fin du XIXe siècle	*compétences* **exploiter et confronter des informations ; entraînement à l'épreuve sur document(s) du baccalauréat** *documents* 6- *"Les origines de l'Assistance médicale indigène".* 7- *"L'Assistance médicale indigène aux colonies".* *sujet* Médecine, santé et colonisation : l'exemple de Madagascar. *consignes* Présentez les documents et replacez-les dans leur contexte. Montrez le rôle de la politique de santé dans le processus de colonisation et ses limites.
Première	**Étude critique de document(s)**	*Le temps des dominations coloniales (thème 4)* *question* L'Empire français au moment de l'exposition coloniale de 1931, réalités, représentations et contestations	*compétences* **exploiter et confronter des informations ; entraînement à l'épreuve sur document(s) du baccalauréat** *documents* 8- Extrait du *"Rapport politique de 1932 sur la subdivision d'Anjouan, archipel des Comores".* 9- Extrait du *"Rapport politique de 1940 sur l'archipel des Comores".* *sujet* Médecine, santé et colonisation aux Comores. *consignes* Présentez les documents et replacez-les dans leur contexte. Montrez dans quelle mesure ils permettent de comprendre la politique du colonisateur en matière de santé, ses réalisations et ses limites.

* L'activité proposée peut s'insérer dans une étude sur l'abolition de l'esclavage à Mayotte et ses conséquences

2e

- N° 3.

Mathouly.

L'an mil huit cent soixante sept, le premier Mars, devant nous Jean François Talley, Lieutenant d'Infanterie de Marine remplissant les fonctions d'Officier de l'Etat Civil à Mayotte, ont comparu les Sieurs Jacques Louis Gauchereau, Chirurgien de Marine, âgé de trente quatre ans & Joseph Adolphe Bonnafond, Sous-Lieutenant d'Infanterie de Marine, âgé de trente un ans, tous deux domiciliés à Mayotte, lesquels nous ont déclaré que ce jour à quatre heures du matin, le nommé Mathouly, Soldat à la Compagnie Africaine de Mayotte, âgé de trente sept ans environ, né à Madagascar sans état civil, est décédé dans ledit hôpital. Et après nous être assuré de son décès, nous avons dressé le présent acte en double original dont nous avons donné lecture aux déclarants, lesquels l'ont ensuite signé avec nous.

Bonnafond. J. Gauchereau. Talley

Document 2 :
Registre des décès de l'année 1867, acte n° 3.
• ADM. 2E2

Bibliographie

OUVRAGES

BLANCHY Sophie, *La vie quotidienne à Mayotte*, Paris, L'Harmattan, 1990, 239 p.
FLOBERT Thierry, *Les Comores. Évolution juridique et socio-politique*, Aix-en-Provence, Cersoi, 1976, 693 p.
CURTIN Philip D., *Death by Migration: Europe's Encounter with the Tropical World in the Nineteenth Century*, Cambridge, Cambridge University Press, 1989, XIX-251 p.
Direction de l'Agriculture et de la Forêt, *Arbres et plantes de Mayotte*, Sada (Mayotte), Tropixel.
FRIOUX Stéphane, FOURNIER Patrick, CHAUVEAU Sophie, *Hygiène et santé en Europe de la fin du XVIIIe siècle aux lendemains de la Première Guerre mondiale*, Paris, Sedes, 2011, 267 p.
GEVREY Alfred, *Essai sur les Comores*, Pondichéry, A. Saligny, 1870, 307 p.
GUILLAUME Pierre, *Le monde colonial*, Paris, A. Colin, 1999, 282 p.
GURIB-FAKIM Ameenah, BRENDER Thomas, *Medicinal and aromatic plants of Indian Ocean islands, Madagascar, Comoros, Seychelles and Mascarenes*, Stuggart (Allemagne), Medphram, 2004, VIII-567 p.
JAOVELO-DZAO Robert, *Mythes, rites et transes à Madagascar, Angano, Joro et Tromba Sakalava*, Paris, Karthala, 1996, 391 p.
LAPEYSSONNIE Léon, *La médecine coloniale, mythes et réalités*, Paris, Seghers, 1988, 310 p.
LAMBECK Michael, *Knowledge and practice in Mayotte*, Toronto (Canada), University of Toronto Press, 1993, XXII-468 p.
MANICACCI Jean, *Études démographiques. L'Archipel des Comores*, Tananarive (Madagascar), Imprimerie officielle, 1939, 109 p.
PELIZZARI Elisa, *Possessions et thérapie dans la Corne de l'Afrique*, Paris, L'Harmattan, 1997, 254 p..
PLUCHON Pierre, *Histoire des médecins et pharmaciens de la Marine et des Colonies*, Toulouse, Privat, 1985, 430 p.
REPIQUET Jules, *Le sultanat d'Anjouan*, Paris, Augustin Challamel, 1901, 136 p.

REVUES [1]

Annales d'hygiène et de médecine coloniales (1898-1940)
Archives de médecine navale (1864-1889 et 1897-1910)
Archives de médecine navale et coloniale (1890-1896)
Archives de médecine et de pharmacie navales (1911-1945)
Bulletin de la Société de pathologie exotique (depuis 1908)
Études océan Indien, Institut national des langues et civilisations orientales (1982-2012)
Jana na leo (1987-1996)
Médecine tropicale (depuis 1941)
Naturalistes, Historiens et géographes de Mayotte (1998-2004)

[1] La plupart des ces revues sont en ligne sur le site de la bibliothèque numérique MEDICA (http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica.htm), consultables aux Archives départementales de Mayotte, ou en vente sur le site de l'Inalco (http://www.inalco.fr/ina_gabarit_rubrique.php3?pub=1&id_rubrique=1883&cat_rub=62)

ARCHIVES DÉPARTEMENTALES DE MAYOTTE

sous-série 2E	État-civil européen (1852-1976)
sous-série 2K	*Journal officiel de Madagascar et dépendances*, *Journal officiel des Comores*
sous-série 3K	Recueil des actes administratifs préfectoraux
série Fi	Documents figurés (en particulier 1Fi, cartes postales anciennes)
sous-série 4Mi	Gouvernement général de Madagascar, rapports périodiques des circonscriptions administratives (1915-1943)
sous-série 5Mi	Ministère des Colonies, série géographique Madagascar (1818-1920)
série W	Archives contemporaines

TÉMOIGNAGES ORAUX [2]

ADM	Dr ABAINE Abdoulkarim, 2 octobre 2012, 5AV38
	Dr HENRY Martial, 3 octobre 2012, 5AV39
	BOINAHÉRY Ahmed, 15 octobre 2012, 5AV40

[2] Ces entretiens sont consultables aux Archives départementales de Mayotte

Lexique

AEF Afrique équatoriale française.
AOF Afrique occidentale française.
ARBOVIROSE Infection provoquée par un virus qui a pour vecteur un arthropode (p. ex. moustique, tique, puce).
ARS-OI Agence régionale de santé – océan Indien.
BACILLE Bactérie en forme de bâtonnet.
CONTAGE En médecine, transmission d'agents pathogènes par exposition.
ENDÉMIE Maladie présente en permanence dans une région, une localité, un groupe de population.
FIÈVRE Élévation de la température du corps ; en fonction de l'aspect de la courbe thermique on distingue les fièvres intermittentes (pics variables, avec température normale entre les accès), les fièvres rémittentes (température normale le matin, élevée le soir), les fièvres continues (variation peu importante).
HÉMATOZOAIRE Protozoaire parasite des globules rouges.
INCIDENCE Nombre de nouveaux cas d'une maladie enregistrés sur une période donnée rapporté à la population.
INDICE SPLÉNIQUE Taux de prévalence d'une splénomégalie.
INDICE PLASMODIQUE Pourcentage de sujets porteurs de plasmodium (hématozoaire de l'homme).
LAZARET Lieu d'isolement des malades et de contrôle sanitaire.
MORTALITÉ (taux brut) Nombre de décès observés sur une période donnée pour 1 000 habitants.
MORTALITÉ (taux comparatif de) Taux de mortalité que l'on observerait dans une population donnée si elle avait la même structure par âge qu'une population de référence.
POURRITURE D'HÔPITAL Nom donné au XIXe siècle aux infections des plaies qui frappent les malades dans les hôpitaux.
PRÉVALENCE Nombre de personnes atteintes par une maladie à un moment donné, rapporté à la population.
SSBGE Service de santé de base et de lutte contre les grandes endémies.
SPLÉNOMÉGALIE Augmentation du volume de la rate associée en particulier au paludisme.
TRANSITION SANITAIRE (ou épidémiologique) Période de baisse de la mortalité qui accompagne la transition démographique. Elle s'accompagne d'une amélioration de l'hygiène, de l'alimentation et de l'organisation des services de santé et d'une transformation des causes de décès, les maladies infectieuses disparaissant progressivement au profit des maladies chroniques et dégénératives et des accidents.
TRÉPONÉMATOSE Maladies provoquées par des bactéries appelées tréponèmes. Deux tréponématoses sont fréquentes aux Comores : la syphilis et le pian.

Chronologie

SANTÉ-MÉDECINE

1796 Découverte de la vaccination par Jenner.
1820 Caventou et Pelletier isolent la substance active de l'écorce de quinquina : la quinine.
1876 Bancroft découvre le filaire adulte responsable de la filariose lymphatique.
1878 Le terme de microbe est utilisé pour la première fois.
1880 A. Laveran découvre l'hématozoaire du paludisme.
1882 Robert Koch découvre le bacille de la tuberculose.
1885 Mise au point du vaccin contre la rage par Pasteur.
1893 Hansen découvre le bacille de la lèpre.
1894 Yersin découvre le bacille de la peste.
1897-1898 Le moustique est identifié comme vecteur du paludisme.
1898 P. L. Simond met en évidence le rôle de la puce du rat comme vecteur de la peste.
1921 Mise au point du BCG.

LÉGISLATION-INSTITUTIONS

1822 Loi sur la police sanitaire.
1834 Loi sur l'"État d'officier" ; les médecins, pharmaciens et chirurgiens sont assimilés au corps des officiers de marine.
1866 Le titre de docteur en médecine est exigé pour se présenter au concours de médecin de 2e classe ; l'appellation de "chirurgien" disparaît.
1886 L'avancement des médecins de la Marine ne se fait plus sur concours mais au choix ou à l'ancienneté.
1890 Décret créant le "Corps de santé des colonies et pays de protectorat" ; inauguration de l'École du service de Santé à Bordeaux.
1901 Organisation du service de Santé des troupes coloniales.
1905 Création de l'école d'application du Pharo à Marseille.

COMORES-MADAGASCAR

1849 Année de forte mortalité à Mayotte.
1875 Epidémie de variole à Mayotte.
1877 L'hôpital de Dzaoudzi passe au service local.
1897 Inauguration de l'École de médecine de Tananarive.
1898 Cyclone; épidémie de variole à Mayotte.
1900 Création du corps des médecins indigènes de colonisation à Madagascar.
1914 Rattachement des Comores à la colonie de Madagascar.
1915 L'AMI est étendue aux Comores.
1919 Grippe espagnole à Madagascar.
1921 Epidémie de peste à Madagascar.
1922 Epidémie de variole en Grande Comore.
1923-1925 Nombreuses victimes du paludisme en Grande Comore.

Chronologie

SANTÉ-MÉDECINE

1932 Mise au point d'un vaccin contre la fièvre jaune.
1936 Découverte de l'action anti-infectieuse des sulfamides.
1943 Découverte de l'action des sulfones dans le traitement de la lèpre.
1947 Découverte de la diéthylcarbamazine (notézine) efficace sur les microfilaires agents de la filariose.
1948 Création de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).
1952 Lancement du programme mondial de lutte contre le pian.
1955 Lancement du programme mondial d'éradication du paludisme.
1958 Lancement du programme mondial d'éradication de la variole.

LÉGISLATION-INSTITUTIONS

1924 Instructions du ministre des Colonies E. Daladier sur le développement de la médecine préventive et de l'hygiène dans les colonies.
1944 Conférence de Brazzaville; rapport et recommandations sur l'assistance médicale dans les colonies.
1946 Loi créant le Fides.
1968 Le Corps de santé colonial est intégré au service de Santé des Armées.
2009 Loi "Hôpital, Patients, Santé, Territoires".

COMORES-MADAGASCAR

1943 Epidémie de dengue à Mayotte.
1955 Mise en service des nouveaux hôpitaux de Moroni et de Hombo.
1957 Constitution du premier Conseil de gouvernement des Comores (Saïd Tourqui en charge de la santé).
1977 Création de la DASS à Mayotte
1997 Le centre hospitalier de Mayotte devient un établissement public autonome.
2004 Mise en place de l'assurance maladie à Mayotte.
2006 Épidémie de chikungunya à Mayotte.
2010 Création de l'Agence régionale de santé - océan Indien (ARS-OI).

Notes

Pour les documents accessibles sur la bibliothèque numérique MEDICA, l'URL de la première page a été indiquée.

1 Propos du professeur Mahé ouvrant son cours de pathologie tropicale en 1875, cité par LAPEYSONNIE L., *La médecine coloniale: Mythes et réalités*, Paris, Seghers, 1988, p. 38.
2 DUTROULEAU Auguste, *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*, Paris, Baillière, 1868, p. 63.
3 GEVREY A., *Essai sur les Comores*, Pondichéry, 1870, pp. 295-299.
4 DR DRAGO, "Rapport médical sur la campagne du croiseur le D'Estaing", *Archives de médecine navale*, 1890, vol. 53, p. 438. http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/page?90156x1890x53&p=435
5 GRENET A. L. Z., "Souvenirs médicaux de quatre années à Mayotte, du 1er juillet 1861 au 30 juin 1865", thèse, Montpellier, 1866, 51 p.
6 DUTROULEAU Auguste, *op. cit.*, p. 193.
7 VAUDEIN Achille, "De la fièvre bilieuse mélanurique observée à Mayotte", thèse, 1884, p. 17.
8 DUTROULEAU Auguste, *op. cit.*, p. 156.
9 KERMORGANT A., "Notes sur la lèpre dans nos diverses possessions coloniales", *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, 1905, vol. 8, p. 44. http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/page?131132x1905x08&p=44
10 MOREAU Laurent, "A propos de la prophylaxie de la lèpre. Les léproseries des îles Comores", *Bulletin de la société de pathologie exotique*, 1914, vol. 7, p. 92. http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/page?bspex1914&p=110
11 DR NEIRET, "Notes médicales recueillies à Mayotte", *Archives de médecine navale*, 1897, vol. 67, pp. 461-463. http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/page?90156x1897x67&p=460
12 DR MONESTIER, "Étude sur l'ulcère dit de Mozambique observé à Mayotte et à Nossi-Bé", *Archives de médecine navale*, 1867, vol. 7, pp. 417-422. http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/page?90156x1867x07&p=425
13 DR DRAGO, op. cit., pp. 434-435.
14 DR LAFONT, "Géographie médicale – Mohéli", *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, 1905, vol. 8, p. 515. http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/page?131132x1905x08&p=517
15 DR NEIRET, *op. cit.*, p. 472.
16 DR BLIN, "La syphilis à Mayotte", *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, 1904, vol. 7, pp. 104-105. http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/page?131132x1904x07&p=104
17 KERMORGANT A., "Maladies épidémiques et contagieuses qui ont régné dans les colonies françaises en 1902", *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, 1904, vol. 7, p. 392. http//www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/page?131132x1904x07&p=400
18 DR BLIN, "La tuberculose à Mayotte", *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, 1904, vol. 7, pp. 335-337. http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/page?131132x1904x07&p=342
19 GRENET A., *op. cit.*, p. 8.
20 DR BLIN, "Variole et vaccination à Mayotte", *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, 1905, vol. 8, pp. 419-420. http//www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/page?131132x1905x08&p=420
21 DR NEIRET, *op. cit.*, p. 377.
22 DR LAFONT, *op. cit.*, p. 518.
23 DR AMIGUES, "Variole et vaccine à Anjouan", *Annales d'hygiène et de médecine coloniales*, 1903, vol. 6, pp. 492-493. http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/page?131132x1903x06&p=596
24 *Ibid.*, pp. 494-496.
25 *Ibid.*, p. 497.
26 DR BLIN, *op. cit.*, pp. 421-422.
27 DR KIEFFER, "Rapport médical sur la colonne expéditionnaire de l'île d'Anjouan", *Archives de médecine navale*, 1892, vol. 57, pp. 285-295. http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/page?90156x1892x57&p=285
28 GRENET A., *op. cit.*, pp. 5-6.
29 Anom DFC Mayotte 53, "Mémoire explicatif sur les projets relatifs à l'établissement de Mayotte", 27 février 1846.
30 DALADIER E., "Instructions relatives au développement des services de médecine préventive, hygiène et assistance dans les colonies", *Annales de médecine et de pharmacie coloniales*, 1924, vol. 22, p. 457. http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/page?131132x1924x22&p=459
31 ABBATUCCI Séverin, "Les mesures d'hygiène publique dans les colonies françaises", *Revue d'hygiène et de médecine préventive*, 1927, vol. 49, pp. 581-582.
32 GUILLAUME P., *Le monde colonial*, Paris, E. Colin, 1999, pp. 190-191.
33 Rapport politique 1920, Anom 2D76.
34 Rapport politique 1934, Anom 2D76.
35 Rapport politique 1932, Anom 2D76.
36 Rapport politique 1918, Anom 2D73.
37 GALLIENI, "Instructions du 15 juin 1898 relatives aux mesures à prendre pour favoriser l'accroissement de la population de l'Emyrne", in *Rapport d'ensemble sur la pacification, l'organisation et la colonisation, 13 mars 1899*, pp. LXXVIII-LXXXVIII.
38 DALADIER E., *op. cit.*, p. 457.
39 Rapport politique 1914, Anom 2D73.
40 Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946.
41 Rapport "Quelques réalisations récentes du service de Santé aux Comores", ADM 18W16.
42 Rapport sur la situation sanitaire, mai 1976, ADM 11W18, p. 5.
43 *Ibid.*, p. 7.
44 *Ibid.*, p. 6.
45 *Ibid.*, p. 7.
46 *Ibid.*, p. 12.
47 *Ibid.*, p. 12.
48 *Ibid.*, p. 13.
49 *Ibid.*, p. 15.
50 *Ibid.*, p. 14.
51 *Ibid.*, p. 14.
52 *Ibid.*, p. 20.
53 BLANCHY S., GALTIER J., "La filariose de Bancroft à Mayotte", *Cahiers de l'ORSTOM*, vol. 20, n° 2, 1982, p. 154.
54 "La filariose de Bancroft dans l'archipel des Comores", *Mémoires ORSTOM*, n° 81, 1975, p. 25.
55. LARTIGAU-ROUSSIN C., "Une approche de la médecine traditionnelle à Mayotte : des plantes en question", *Historiens et géographes de Mayotte*, n° 6, juillet 2002.
56. ABAINE A., entretien du 2 octobre 2012, ADM, 5AV38.
57. MANICACCI J., *Études démographiques. L'Archipel des Comores*, Tananarive, Imprimerie officielle, 1939, p. 62.
58. *Ibid.*, p. 104.
59. HENRY M., entretien du 3 octobre 2012, ADM 5AV39.
60. GEVREY A., *op. cit.*, p. 100.
61. MAC LUCKIE H., "Le droit à la santé", *Jana na leo*, n° 36-37, 4e trimestre 1993, p. 7.
62. MAC LUCKIE H., "Au cœur des démarches irrationnelles", *Jana na leo*, n° 28, 3e trimestre 1992, p. 38.
63. Delaygue E., "L'infirmier des lépreux", *Jana na leo*, n° 7, août-septembre 1988, pp. 16-17.
64. SAÏD Ahmed, "Sage-femme traditionnelle", *Jana na leo*, n° 12, 4e trimestre 1989, pp. 67-68.
65. MAC LUCKIE H., "Le droit à la santé", *op. cit.*, p. 7.
66. Henry M., *op. cit.*
67. Abaine A., *op. cit.*
68. BOINAHERY Ahmed, entretien du 15 octobre 2012, ADM, 5AV40.
69. MAC LUCKIE H., *op. cit.*, pp. 37-43.

Votre avis nous intéresse !

Afin de créer des supports pédagogiques en attente avec les besoins des enseignants, nous avons besoin d'avoir des retours sur l'usage de ce dossier "Médecine et santé à Mayotte et dans sa région, du XIXe siècle à nos jours". Merci de prendre un peu de temps pour répondre à ces quelques questions et de nous renvoyer ce feuillet à l'adresse indiquée :

Archives départementales
Conseil général de Mayotte
BP 101
97600 Mamoudzou

/// Niveau de la classe où le dossier a été utilisé :

....

/// Durée d'utilisation du dossier en cours :

....

/// Dans l'ensemble, avez-vous trouvé ce dossier intéressant ?

....

/// Dans l'ensemble, pensez-vous que vos élèves ont assimilé des éléments de l'histoire de Mayotte grâce à ce dossier ?

....

/// Quelle partie du dossier vous a paru la plus intéressante et exploitable en cours ?

....

/// Avez-vous des remarques particulières concernant ce dossier et l'utilisation que vous en avez faite ?

....

....

/// Sachant que les Archives départementales seront amenées à produire d'autres dossiers similaires à celui-ci sur l'histoire de Mayotte, quelles thématiques jugez-vous prioritaires de traiter ?

....

....

/// Quelles améliorations vous semblerait-il nécessaire d'apporter dans ces futurs dossiers par rapport à celui-ci ?

....

....

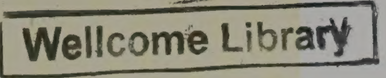
/// Si vous le souhaitez, merci de nous laisser vos coordonnées pour que nous puissions vous recontacter.

....

....

....

Merci !
L'équipe des Archives départementales



Archives départementales de Mayotte

Dossier 1
Le pays des fièvres
Mayotte et les Comores régulièrement frappées par la variole
Le danger des expéditions ultramarines

Dossier 2
Le personnel du service de Santé au XIXe siècle
1848 : l'hôpital de Dzaoudzi, une des priorités du ministère
L'extension de l'empire colonial et les nouveaux besoins en personnel médical

Dossier 3
Médecine et colonisation dans la première moitié du XXe siècle
Le rattachement à Madagascar et l'Assistance médicale indigène
1919 : la grippe espagnole frappe Madagascar mais touche peu l'archipel des Comores

Dossier 4
1946-1975 : la voie de l'autonomie et ses conséquences
Les progrès de la politique sanitaire après la Seconde Guerre mondiale

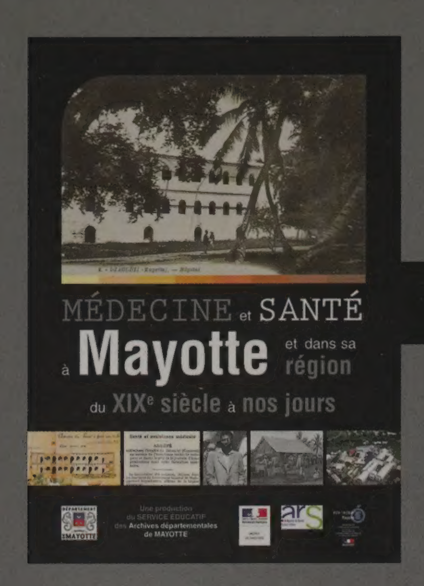
Dossier 5
La situation à Mayotte depuis le milieu des années 1970
De la Collectivité au Département : l'évolution depuis les années 1990

Dossier 6
La médecine à Mayotte : entre tradition et modernité
Le personnel de santé mahorais : un perpétuel engagement

Dossier 7
Activités pédagogiques

Dossier 8
Annexes
Bibliographie, lexique, chronologie, notes

Dossier pédagogique réalisé par
Patrick BOISSEL
Professeur agrégé d'histoire-géographie
et coordonné par
Latufat ABDOUL-KADER
responsable du service éducatif des Archives départementales



Médecine et santé à Mayotte et dans sa région, du XIXe siècle à nos jours

Le service éducatif des Archives départementales de Mayotte a pour but de mettre les élèves en contact direct avec les documents d'archives. Créé en septembre 2005, il est constitué d'un médiateur culturel, agent du Conseil général, et d'un enseignant d'histoire mis à disposition à temps partiel par le vice-rectorat de Mayotte.

Le service a pour vocation de proposer aux enseignants des écoles, collèges, lycées et établissements d'enseignement supérieur :

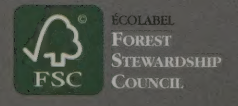
- des expositions itinérantes ;
- des dossiers pédagogiques ;
- des stages de formation ;
- une sensibilisation au patrimoine historique de Mayotte ;
- des ateliers sur documents originaux et fac-similés (depuis février 2012).

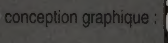


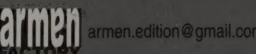
Archives départementales de Mayotte
Conseil général de Mayotte
BP 101 - 97600 Mamoudzou - Mayotte
Tél. : 02 69 64 97 97
Fax : 02 69 64 97 80
mail : archives.mayotte@cg976.fr



prix de vente : 8 euros



achevé d'imprimer, en avril 2013, sur les presses de 

(Île Maurice) ••• conception graphique : 

armen.edition@gmail.com